



Qualitätsbericht 2016
Klinikum Westfalen GmbH
Klinik am Park Lünen

Strukturierter Qualitätsbericht für das
Berichtsjahr 2016
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	3
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-0 Fachabteilungen	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	17
A-10 Gesamtfallzahlen	17
A-11 Personal des Krankenhauses	17
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	29
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	31
B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin	31
B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Diabetologie und Angiologie	40
B-[3] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	49
B-[4] Klinik für Orthopädie I/II/III	59
B-[5] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	70
B-[6] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	77

C	Qualitätssicherung	86
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	86
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	112
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	112
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	113
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	113
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	113
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	113
D	Qualitätsmanagement	115
D-1	Qualitätspolitik	116
D-2	Qualitätsziele	123
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	123
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	124
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	127
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	133

Vorwort



Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

vier Krankenhäuser mit langer Tradition in der Gesundheitsversorgung für die Region haben sich unter dem Dach der Klinikum Westfalen GmbH zu einem modernen Klinikverbund zusammengeschlossen. Der gemeinsame Anspruch ist es, die medizinische Grundversorgung für die Menschen an den Standorten in Dortmund, Kamen und Lünen zu garantieren und zugleich Top-Medizin auf höchstem Qualitätsniveau zu bieten.

Starke Häuser unter einem Namen, das war der Leitgedanke, der 2010 zum Zusammenschluss des Knappschaftskrankenhauses Dortmund und der Klinik am Park Lünen-Brambauer führte. Am 1.1.2013 fusionierte das Klinikum Westfalen mit dem kommunalen Hellmig-Krankenhaus und zum 1.1.2015 mit dem Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund, welches dann im Rahmen der Fusion in "Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund" umbenannt wurde. Als Arbeitgeber mit rund 2.200 Beschäftigten (einschließlich der Servicegesellschaften), darunter mehr als 100 Auszubildenden, ist das Klinikum Westfalen ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Städte Lünen und Kamen sowie die Stiftung Volmarstein sind Gesellschafter der Klinikum Westfalen GmbH. Aktuell stellt sich das Klinikum Westfalen zusammen mit weiteren Krankenhausgesellschaften, an denen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Gesellschafter beteiligt ist, im Verbund der Knappschaft Kliniken neu auf. Ziel ist es, gemeinsam Synergien zu heben und Versorgungsqualitäten zu steigern.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, deren Wurzeln bis zu den Knappschaftskassen der Bergleute im Mittelalter zurückreichen, ist die älteste und gleichzeitig die umfassendste Sozialversicherung, die es heute gibt. Neben der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung betreibt die DRV Knappschaft-Bahn-See ein starkes Netz leistungsfähiger Akutkrankenhäuser und Kurkliniken, den Sozialmedizinischen Dienst und das Knappschaftsarztssystem. In den Krankenhäusern im Verbund der Knappschaft Kliniken wird das gesamte Leistungsspektrum der modernen Medizin angeboten. Hierbei wird darauf geachtet, dass das Leistungsspektrum der vorgehaltenen Fachabteilungen den neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin angepasst wird, um den anerkannt hohen Standard der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu halten oder noch weiter zu verbessern. Um diesen Erwartungen gerecht zu werden, stellen wir im Klinikum Westfalen hohe Ansprüche an die medizinische, die pflegerische und die technische Leistungsfähigkeit. Zertifizierungen nach anerkannt hohen Qualitätsmaßstäben bestätigen dieses Engagement.

2001 schon wurde der Grundstein für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) gelegt. Seither wird das QMS stetig weiterentwickelt und trägt durch das Mitwirken aller Beschäftigten zu einer qualitativ noch höheren Patienten- und Mitarbeiterorientierung bei.

Wichtige Entwicklungsschritte sind dabei der Aufbau von zertifizierten Diabetes- und Wundzentren, die Qualitätzertifizierung nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft des Darmzentrums, Prostatazentrums, Brustzentrums und des Krebszentrums (Cancer Centers), der Aufbau zweier Endoprothetikzentren, die Zertifizierung unserer Stroke Unit für Schlaganfallpatienten, die Etablierung des Patientenbeschwerdemanagements, regelmäßige Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, der Aufbau und die Weiterentwicklung einer systematischen innerbetrieblichen Fortbildung sowie unter anderem die Einführung von klinischen Behandlungspfaden.

Seit 2016 wurden weitere Leistungen - mit dem Herzzentrum Westfalen, der Alterstraumatologie sowie dem Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken - zertifiziert und Kooperationen realisiert.

An den vier Standorten des Klinikums Westfalen erfolgt eine ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung von jährlich mehr als 130.000 Patientinnen und Patienten.

Im Klinikum Westfalen befinden sich die Patientinnen und Patienten dabei in guten Händen, denn sie erwarten von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge eine außerordentlich hohe Behandlungsqualität. Alle vier Standorte unterzogen sich 2016 erfolgreich der Verbundzertifizierung nach dem anerkannten KTQ-Standard. Die KTQ-Zertifizierung ist ein wichtiger Meilenstein für die Zukunftssicherung und Standorterhaltung im Klinikum Westfalen, aber auch eine Bestätigung der Beschäftigten in ihrer täglichen Arbeit. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt aller Bemühungen von Ärzten, Pflegekräften und der Verwaltung des Klinikums Westfalen.

Im Klinikum Westfalen können sich die Patientinnen und Patienten sicher und geborgen fühlen.

Zur breiten Akzeptanz und zum hohen Ansehen des Klinikums Westfalen tragen das hervorragende medizinische Niveau, gut ausgebildete und verständnisvolle Pflegekräfte, innovative Lösungen und eine baulich zeitgemäße Präsentation der Häuser bei.

Unser Qualitätsbericht ermöglicht Ihnen eine erste Orientierung, sei es als Patient, als einweisender Arzt oder allgemein Interessierter. Wir laden Sie ein, Ihre Fragen direkt an uns zu stellen und würden uns über Ihr Vertrauen in unser Haus freuen.



Dipl.-Verwaltungswirt Andreas Schlüter
Hauptgeschäftsführer



Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt
Geschäftsführer

Einleitung

Die Klinik am Park Lünen hat sich aus bescheidenen Anfängen vor mehr als 110 Jahren zu einem modernen Krankenhaus mit umfassendem Leistungsangebot entwickelt. Neben der Grund- und Regelversorgung sind die Diabetologie und Gefäßmedizin oder die Mittelohrchirurgie seit Jahren als medizinische Schwerpunkte mit hohem Renommee etabliert. Ausgebaut wurde zuletzt die Pneumologie als eigene Fachklinik unter der Leitung von Chefarzt Dr. Clemens Kelbel mit Beatmungseinheit und dem umfassenden Angebot des Lungenfachzentrums Westfalen, das hier seinen Kernstandort hat sowie der Etablierung der Thoraxchirurgie an diesem Standort.

Das Medizinische Netz der Knappschaft

Die Knappschaft ist die älteste Sozialversicherung der Welt und hat im Jahr 2010 ihr 750-jähriges Jubiläum gefeiert. Um eine breitgefächerte medizinische Versorgung bieten zu können, unterhält die Knappschaft eine Vielzahl medizinischer Einrichtungen. Ärzte und Experten der medizinischen Pflege engagieren sich gemeinsam für eine optimale Betreuung der Versicherten.

Der Kern der Knappschaft-Bahn-See ist ihr Verbundsystem. Für eine optimale Patientenversorgung haben sich in den knappschaftlichen Gesundheitsnetzen prosper und proGesund niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser unter dem Dach der Knappschaft zusammengeschlossen. Alle arbeiten Hand in Hand, damit prosper- und proGesund-Versicherte umfassend mit all ihren Erkrankungen optimal abgestimmt behandelt werden.

Mit dieser integrierten Versorgung wird eine Brücke zwischen ambulantem und stationärem Bereich geschlagen - das Medizinische Netz bündelt die Kräfte für die Gesundheit der Patienten.

Die Klinik am Park hielt 2016 sieben Fachabteilungen vor:

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Medizinische Klinik I - Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin
Medizinische Klinik II - Diabetologie und Angiologie
Klinik für Orthopädie
Klinik für Radiologie

Besondere Schwerpunkte:

- Mittelohr-Chirurgie
- Wundkompetenzzentrum
- Lungenfachzentrum
- Angiologie und Diabetologie

Im Krankenhaus werden eine interdisziplinäre Intensivstation, eine Zentrale Notaufnahme, eine Schmerzambulanz und eine physikalische Therapie vorgehalten. Die gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor wird durch Kooperationen mit auf dem Krankenhausgelände befindlichen Gemeinschaftspraxen und eine enge Verzahnung mit den niedergelassenen Ärztenetzen und sonstigen Leistungsanbietern unterstrichen.

Leistungsspektrum

Das Klinikum Westfalen und damit auch die Klinik am Park sind ein wichtiger Bestandteil im Gesundheitsnetz der Region Dortmund und Lünen.

Dem Krankenhaus ist es gelungen, sich als Spezialist für Hüft- und Knie-Endoprothetik im Kreis Unna zu etablieren.. Durch modernste Operationstechniken ist es möglich, die meist älteren Patienten schnell wieder zu mobilisieren. Dabei ist die gut aufgestellte Physiotherapie eine wichtige Unterstützung.

Als weiterer Standortvorteil für die Klinik hat sich die Erweiterung der internistischen Abteilung um die Bereiche Diabetologie, Angiologie und Wundmanagement erwiesen. Durch diese Ergänzung der bereits zuvor erfolgreich arbeitenden Inneren Abteilung kann damit vielen älteren Menschen eine medizinische Komplettversorgung angeboten werden.

Unter Leitung von Dr. Rottmann konnte unsere Abteilung Innere Medizin II im September 2008 als eine der ersten Gesundheitseinrichtungen überhaupt als Wundkompetenz-Zentrum (TÜV Austria) zertifiziert werden. 2014 wurde das Wundmanagement erfolgreich rezertifiziert. Herr Dr. Rottmann ist unter anderem Präsident des Wundverbundes Nordwest.

Erfolgreich ausgebaut wurde zudem der Bereich Pneumologie unter der Leitung von Chefarzt Dr. Clemens Kelbel. Das Lungenfachzentrum Westfalen bietet die Versorgung der gesamten Breite von Lungenerkrankungen bis hin zum zertifizierten Weaning.

In der orthopädischen Abteilung sind Ärzte mit unterschiedlichsten Behandlungsschwerpunkten tätig. Seit Eröffnung des Medizinischen Zentrums an der Klinik am Park ergibt sich eine intensive Vernetzung zwischen Praxen, Klinik und der sich anschließenden Nachsorge (z.B. über das RehaCenter im Medizinischen Zentrum). Im Vordergrund der operativen Methoden im Bereich der Endoprothetik stehen die Implantationen von Kunstgelenken an den Hüften und an den Knien. Die diagnostischen Möglichkeiten zur Erkennung von Verletzungen großer Gelenke wurden durch die Einführung der Arthroskopie erweitert.

Das Angebot in der Klinik am Park wird seit Jahren durch die Belegabteilung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ergänzt. Pro Jahr werden über 600 Patienten aus Deutschland und benachbartem Europa mikrochirurgisch operiert.

Es werden jährlich ca. 6.500 stationäre und ca. 12.500 ambulante Patienten im Krankenhaus behandelt.

Mitarbeiter

In der Klinik am Park arbeiten heute rund 285 Mitarbeiter. Die Klinik legt größten Wert auf die Qualifikation und den persönlichen Einsatz der Angestellten. Herzlichkeit der Mitarbeiter und modernste Medizintechnik gewährleisten so eine hervorragende Patientenversorgung vor Ort.

Komfortstation/Service

Auch in Sachen Komfort hat sich die Klinik in den letzten Jahren den Bedürfnissen der Patienten angepasst.

Um unseren Patienten ihren Krankenhausaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, wurden nahezu alle Krankenzimmer seit 2008 saniert und modernisiert. Für die gehobenen Ansprüche wurde im Juni 2009 eine eigene Komfortstation mit insgesamt 23 Betten eröffnet.

Die Zimmer sind gemäß dem Kriterienkatalog des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen hochwertig ausgestattet. Sie verfügen u.a. über einen kostenfreien Internetzugang, Flachbildfernseher, DVD-Player sowie über eine Mini-Bar und weitere Annehmlichkeiten.

Zusätzliche Servicekräfte bieten individuelle Dienstleistungen an und tragen so zu einer baldigen Genesung in einer entspannenden Atmosphäre bei.

Perspektive

Starker Bedarf an Behandlungsangeboten im Bereich der Inneren Medizin waren Anlass für das Klinikum Westfalen, Kapazitäten auszubauen. Der Ausbau der Klinik am Park zum Kernstandort eines Lungenfachzentrums soll mit der Etablierung der Thoraxchirurgie und eines ECMO-Zentrums und einer neuen Zertifizierung weiter gestärkt werden. Schon jetzt hat das Lungenfachzentrum überregionale Bedeutung erlangt. Aktuell werden ergänzend neue räumliche Möglichkeiten durch den Anbau eines neuen Traktes geschaffen.

Innovation

Des Weiteren sorgen Geschäftsführung und Aufsichtsrat dafür, dass sich durch einen strukturierten Investitionsplan die medizinischen Geräte und Produkte stets auf dem aktuellen Stand der Technik befinden, um höchste Ansprüche in der Patientenversorgung sicher zu stellen.

Das Klinikum Westfalen legt großen Wert auf Transparenz im medizinischen Bereich. Patienten und Angehörige sollen die Möglichkeit haben, sich vor einem Krankenhausaufenthalt umfassend über das medizinische Leistungsspektrum informieren zu können.

Dieser strukturierte Qualitätsbericht gibt einen Einblick in die Leistungsfähigkeit unserer Klinik. Wenn Sie weiter gehende Fragen haben, können Sie sich auf unserer Homepage (<http://www.klinikum-westfalen.de>) oder direkt in der betreffenden Abteilung informieren.

Ihr direkter Draht zur Klinik: Tel. 0231 8787-0 oder E-Mail info@klinikum-westfalen.de.

Die Geschäftsführung, vertreten durch Herrn Hauptgeschäftsführer Andreas Schlüter und Herrn Geschäftsführer Michael Kleinschmidt, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Verwaltungswirt Andreas Schlüter, Hauptgeschäftsführer Klinikum Westfalen GmbH
Telefon:	0231 922 1901
Fax:	0231 922 1269
E-Mail:	andreas.schlueter@klinikum-westfalen.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Sebastian Hiltrop, Qualitätsmanagement
Telefon:	0231 922 1259
Fax:	0231 922 1640
E-Mail:	sebastian.hiltrop@klinikum-westfalen.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:

<http://www.klinikum-westfalen.de>

Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:

http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Unternehmen/Qualitaetsmanagement/index.php?A_highmain=3&A_highsub=4&A_highsubsub=0

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	Medizinische Klinik I - Klinik für Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin
2	Hauptabteilung	Medizinische Klinik II - Klinik für Diabetologie und Angiologie
3	Hauptabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
4	Hauptabteilung	Klinik für Orthopädie I/II/III
5	Nicht-Bettenführend	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
6	Belegabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260591619
Standort-Nummer:	2
Krankenhaus-URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Betriebsleitung Klinikum Westfalen GmbH

Verwaltungsleitung

Hauptgeschäftsführer

Dipl. Verw. Andreas Schlüter

Tel.: 0231 922-1901

Fax: 0231922-1269

andreas.schlueter@klinikum-westfalen.de

Geschäftsführer

Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt

Tel.: 0231 922-1264

Fax: 0231 922-1269

michael.kleinschmidt@klinikum-westfalen.de

Krankenhausdirektorin (*bis 31.12.2017*)

Dipl.-Betriebswirtin (FH) Susanne Behrendt

Tel.: 0231 922-1570

Fax: 0231 922-1269

susanne.behrendt@klinikum-westfalen.de

Kaufmännischer Direktor

Dipl. Kfm. Stefan Aust M. Sc.

Tel.: 0231 922-1260

Fax: 0231 922-1269

stefan.aust@klinikum-westfalen.de

Ärztliche Leitung

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer

Tel.: 0231 922-1101

Fax: 0231 922-1109

karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de

Pflegerische Leitung

Pflegedirektor

Matthias Dieckerhoff

Tel.: 0231 922-1801

Fax: 0231 922-1809

matthias.dieckerhoff@klinikum-westfalen.de

Standortleitung Klinik am Park Lünen

Verwaltungsleitung

Krankenhausleitung
Stefan Grave
Tel.: 0231 8787-551
Fax: 0231 8787-876575
stefan.grave@klinikum-westfalen.de

Ärztliche Leitung

Stellv. Ärztlicher Direktor
Dr. med. Clemens Kelbel
Tel.: 0231 8787-401
Fax: 0231 8787-470
clemens.kelbel@klinikum-westfalen.de

Pflegerische Leitung

Pflegedienstleitung
Stefanie Vollstädt
Tel: 0231 8787-501
stefanie.vollstaedt@klinikum-westfalen.de

Standort-Name:	Klinik am Park Lünen, Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
IK-Nummer:	260591619
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info@klinikum-westfalen.de
Standort-URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	260591619

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Klinikum Westfalen GmbH mit den Gesellschaftern Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Stadt Lünen, Stadt Kamen & Stiftung Volmarstein
Träger-Art:	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Atemgymnastik/-therapie
2	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetesberatung</i>
3	Diät- und Ernährungsberatung <i>Durch die Ernährungsberatung werden die Patienten nach einer Diagnosestellung ernährungstherapeutisch unterstützt. Es findet eine individuelle Beratung in Einzel- oder Gruppengesprächen statt. Durch eine intensive Ernährungsanamnese wird mit den Patienten gemeinsam ein Ernährungsplan erstellt.</i>
4	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
5	Ergotherapie/Arbeitstherapie
6	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
7	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
8	Manuelle Lymphdrainage <i>In Zusammenarbeit mit dem RehaCenter Brambauer, das sich ebenfalls im Medizinischen Zentrum befindet, wird ein umfassendes Angebot vorgehalten.</i>
9	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>In Zusammenarbeit mit dem RehaCenter Brambauer, das sich ebenfalls im Medizinischen Zentrum befindet, wird ein umfassendes Angebot vorgehalten.</i>
10	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>In Zusammenarbeit mit dem RehaCenter Brambauer, das sich ebenfalls im Medizinischen Zentrum befindet, wird ein umfassendes Angebot vorgehalten.</i>
11	Schmerztherapie/-management <i>Schmerzen haben unterschiedliche Ursachen, die mit jeweils geeigneten Mitteln zu behandeln und zu lindern sind. Zielsetzung der in unserem Hause durch speziell ausgebildete Anästhesisten durchgeführte Schmerztherapie ist das "schmerzfreie Krankenhaus".</i>
12	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Bei Bedarf kommt ein Vertreter eines Sanitätshauses bereits während des stationären Aufenthaltes auf das Patientenzimmer, um z.B. nötige Hilfsmittel anzupassen. Darüber hinaus befindet sich im Medizinischen Zentrum ein Sanitätshaus.</i>
13	Wärme- und Kälteanwendungen <i>In Zusammenarbeit mit dem RehaCenter Brambauer, das sich ebenfalls im Medizinischen Zentrum befindet, wird ein umfassendes Angebot vorgehalten.</i>
14	Wundmanagement <i>Fachpflegekräfte für Wundmanagement</i>
15	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Koronarsportgruppe, Diabetes-Selbsthilfegruppe, Lungensportgruppe</i>
16	Aromapflege/-therapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
17	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Beratung für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben.</i></p>
18	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Regelmäßige Arzt-Patienten-Seminare, Tage der offenen Tür, Vorträge zu Krankheitsbildern, Sommerfest, Kunstausstellungen, Krankenhausströdelmarkt, Sonnenfest der Geburtsstation</i></p>
19	<p>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Zur Sicherstellung der Patientenversorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung werden für die betroffenen Patienten eine Grund- und Behandlungspflege oder auch eine stationäre Betreuung organisiert und die Finanzierung der Pflegeleistungen geklärt.</i></p>

Ergänzung:

MP14 - Diät- und Ernährungsberatung

Untrennbar mit der Behandlung von Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, ist die Schulung des Patienten in der richtigen Auswahl und Einschätzung der Nahrungsmittel verbunden. Hierzu stehen zwei Diabetesberaterinnen DDG zur Verfügung. Diese bieten den Patienten neben den Beratungen zum Thema Ernährung auch Schulungen zur Insulin-Dosis-Anpassung und zu Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus an. Darüber hinaus bietet unsere Speiserversorgung die Möglichkeit der angepassten Diäten für verschiedenste Erkrankungen.

MP15 - Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

Um die Kontinuität der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität nach der Entlassung zu gewährleisten, bietet die Klinik am Park den Dienst der Pflegeüberleitung in den ambulanten Sektor an. Die weitere Planung der ambulanten/ stationären Pflege erfolgt in enger Absprache mit den jeweiligen Einrichtungen oder Personen.

MP51 - Wundmanagement

Die Behandlung chronischer Wunden ist ein abteilungsübergreifender Schwerpunkt unserer Klinik. Um dem Patienten eine den neuesten Erkenntnissen entsprechende Behandlung anbieten zu können, halten wir ein Team von ausgebildeten und zertifizierten Wundexperten bereit. Die optimale Versorgung kann somit engmaschig überprüft und angepasst werden. Daneben stehen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bereit, die die Ursachen chronischer Wunden wie z.B. Durchblutungsstörungen erkennen und beseitigen lassen. Diese Kompetenz der Inneren Medizin 2 kommt selbstverständlich im interdisziplinären Dialog auch den Patienten der anderen Fachabteilungen zugute.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Auf jeder Station stehen Ihnen und ihren Angehörigen Aufenthaltsräume zur Verfügung.</i>
2	Ein-Bett-Zimmer
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	Zwei-Bett-Zimmer
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
7	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>kostenfrei</i>
8	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 2 €</i>
9	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>kostenfrei</i>
10	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,25 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
11	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
12	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 5 €</i> <i>Kosten in €</i>
13	Seelsorge
14	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Abendsprechstunde 1x/Monat</i>
15	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
16	Hotelleistungen <i>Auf unsere Komfortstation werden Hotelleistungen angeboten. Jeder Patient hat die Möglichkeit diese Wahlleistungen bei der Aufnahme zu buchen.</i>
17	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)

LEISTUNGSANGEBOT

Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Moslemkost

18 Andachtsraum

Bei dem Andachtsraum handelt es sich um einen konfessionsneutralen Raum.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
8	Arbeit mit Piktogrammen
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
10	Allergienarme Zimmer
11	Diätetische Angebote
12	Dolmetscherdienst <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
13	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
14	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Doktorandenbetreuung <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
3	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
4	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
5	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>über den Standort Knappschafts Krankenhaus Dortmund</i>
6	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>über den Standort Knappschafts Krankenhaus Dortmund</i>
7	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>über den Standort Knappschafts Krankenhaus Dortmund</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
3	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)
4	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
6	Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 160

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	6188
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	9982

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	32,09	32,09	0	2,22	29,87
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	19,52	19,52	0	1,32	18,2
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	3				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	0	0	0	0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	0	0	0	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	93,38	93,38	0	6,17	87,21
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,43	0,43	0	0	0,43
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,07	13,07	0	0	13,07
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19	19	0	3,56	15,44

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0	0	0	0	0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0	0	0	0	0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0	0	0	0	0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0	0	0	0	0
Ergotherapeuten	0	0	0	0	0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0	0	0	0	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0	0	0	0	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	4	4	0	0	4

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dipl. Inform. Halleh Rasche, Leitung Qualitätsmanagement
Telefon:	0231 922 1082
Fax:	0231 922 1640
E-Mail:	halleh.rasche@klinikum-westfalen.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja
--	----

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Alle Kliniken, Stationen, die Hygiene sowie die technische Abteilung sind fester Bestandteil der regelmäßigen Qualitätszirkeln sowie QM-Steuergruppen.
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
---	---

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Geschäftsführung, Projektmanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienstleitung, QM, Technik, Controlling, EDV
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW GF Chancen- und Risikomanagement - SOP Letzte Aktualisierung: 28.07.2016</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung; Einsatz und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 01.06.2016</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie Schmerz - VA Letzte Aktualisierung: 02.11.2016</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Sturzprophylaxe - VA Letzte Aktualisierung: 01.09.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK PD Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - VA Letzte Aktualisierung: 08.11.2016</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA Letzte Aktualisierung: 07.11.2016</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK MP Meldung Vorkommnisse bei MP - VA Letzte Aktualisierung: 20.09.2016</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Vier-Augen-Prinzip, AiD "ArzneimittelInformationsDienst" Letzte Aktualisierung: 22.08.2017</i>
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA Letzte Aktualisierung: 19.08.2016</i>
15	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Tätigkeiten im Aufwachraum - AA & HK ANÄStandard Anästhesie-Pflege Routinetätigkeiten - AA Letzte Aktualisierung: 02.04.2016</i>
16	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung Letzte Aktualisierung: 22.08.2017</i>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 28.08.2017</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: monatlich</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	CIRS, Patientenidentifikationsarmbänder, WHO-Checkliste, Team-Time-Out, MRSA-Abstriche bei jedem Patienten, Aktion saubere Hände, Sturz und Dekubitus, Konzept zur Eingriffsverwechslung, Zertifizierte Aufbereitung der Medizinprodukte nach DIN EN 13485 (inklusive kritisch C), pflegerisches Risiko Assessment

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
--	----

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Hygienefachkräfte (HFK)	4

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	monatlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt und Leiter der Hygienekommission
Telefon:	0231 922 1101
Fax:	0231 922 1109
E-Mail:	karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja

	OPTION	AUSWAHL
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	AUSWAHL
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Nein

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen:	84
... auf allen Allgemeinstationen:	20

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
3	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
4	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

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: "MRE-Netzwerk" UnnaArbeitskreis "Hygiene und Infektionsschutz" Dortmund</i>
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
5	
6	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
2	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
3	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten_Besucher/Lob_und_Kritik/index.php?highmain=9&highsub=0&highsubsub=0 Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenfürsprecher finden Sie auf der Website.	
4	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
6	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
8	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Frank Untenberger, Beschwerdemanagement/Projektmanagement
Telefon:	0231 8787 554
Fax:	0231 8765 75
E-Mail:	frank.untenberger@klinikum-westfalen.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Klaus Stallmann, Patientenfürsprecher
Telefon:	0160 96744010
Fax:	
E-Mail:	klaus.stallmann@klinikum-westfalen.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
3	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja
4	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
5	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Nein
6	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	

Anwendung bei: - "Schnarchoperation" - Nasenmuschelverkleinerung, - Hauttumorentfernung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Dr. med. Clemens Kelbel

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik I - Klinik für Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

Als Leiter der Medizinischen Klinik I (Klinik für Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin) in der Klinik am Park Lünen und als Leiter des Lungenzentrums Dortmund freue ich mich, dass Sie sich für unseren Qualitätsbericht interessieren. Im Folgenden finden Sie einige wichtige Informationen. Unser Bestreben ist es, in einer menschlichen Atmosphäre alles zur Gesundung der uns anvertrauten Patienten zu tun. Dabei steht eine optimale Betreuung, die auf den neuesten Erkenntnissen der Medizin beruht im Mittelpunkt. Dabei ist uns eine harmonische und effektive Zusammenarbeit aller

beteiligten medizinischen Disziplinen unter Einbeziehung des Patienten und seiner nächsten Angehörigen wichtig. Schwerpunkte unserer Klinik sind die Diagnostik und Therapie der chronischen Bronchitis (COPD), des Lungenemphysems, des Asthma bronchiale, der verschiedenen bösartigen Erkrankungen der Atmungsorgane und des Rippenfells und der pneumologischen Intensiv- und Beatmungsmedizin.

Die Behandlungsstatistik unserer Abteilung weist aber noch ein weit größeres Spektrum von Krankheitsbildern der gesamten Inneren Medizin aus.

Erfahrene Fachärzte, Krankenschwestern und Pfleger, Physiotherapeuten, Diätberater aus unserem Ernährungsteam, wie auch Mitarbeiter des Sozialdienstes oder der Krankenhausseelsorge, kümmern sich um eine optimale Betreuung unserer Patienten. Da wir wissen, dass ein Krankenhausaufenthalt immer einen deutlichen Einschnitt in ihren Alltag bedeutet, ist es uns ein großes Anliegen neben der besten medizinischen Versorgung vor allem auch eine angenehme Atmosphäre und persönliche Betreuung bieten zu können.

Neben der Behandlung von Patienten im Bereich der allgemeinen Inneren Medizin sind folgende Behandlungsschwerpunkte besonders hervorzuheben:

Einen Schwerpunkt bildet die Pneumologie. Hier werden Patienten mit akuten und chronischen Lungenerkrankungen behandelt und diagnostiziert. Es werden Bronchoskopien in großer Zahl durchgeführt. In Verbindung mit unserer physiotherapeutischen Abteilung werden spezielle inhalative und atemgymnastische Therapien vorgehalten.

In der Gastroenterologie werden alle Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Dün-, Dick- und Enddarmes sowie der Bauchspeicheldrüse und der Leber behandelt. Dazu gehören Vorbeugung, Erkennung und medikamentöse Maßnahmen wie auch insbesondere endoskopische Interventionen.

In der Endoskopieabteilung werden jährlich über 4000 Untersuchungen durchgeführt. Ergänzt wird die Diagnostik durch ein Ultraschall-Labor, Funktionsuntersuchungen sowie gastroenterologische Röntgendiagnostik.

Wir freuen uns, wenn die Informationen des Qualitätsberichtes Ihnen weiterhelfen und stehen Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr

Dr. Clemens Kelbel mit dem Team der Medizinischen Klinik I

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kelbel, Stellv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt Innere Medizin I
Telefon:	0231 8787 401
Fax:	0231 8787 470
E-Mail:	clemens.kelbel@klinikum-westfalen.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

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 § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

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

Medizinische Klinik I:

In unserer Endoskopieabteilung erwarten Sie freundliche, fachkompetente, speziell für die Endoskopie weitergebildete Krankenschwestern. Für das gesamte Endoskopierteam ist eine einfühlsame und sichere Patientenbetreuung in einer persönlichen und freundlichen Atmosphäre eine Selbstverständlichkeit. Sie als Patient werden professionell vor, während und nach der Untersuchung mit modernster Technik überwacht. Während der Untersuchungen arbeiten wir mit Medikamenten, die völlige Schmerzfreiheit sicherstellen und einen schlafähnlichen Zustand herstellen.

In der Medizinischen Klinik I führen wir folgende Endoskopische Untersuchungen durch:

- [Herz- und Kreislauferkrankungen](#)
- [Magen- und Darmerkrankungen](#)
- [Lungenerkrankungen](#)
- [Stoffwechselerkrankungen](#)
- [Ernährungsmedizin](#)

Weitere Schwerpunkte der Abteilung liegen in den Bereichen Gastroenterologie,

Kardiologie und Pneumologie.

Für die fachliche Beratung und bei Fragen steht Ihnen unser Team jederzeit gern zur Verfügung.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	<i>Z.B.: Durchblutungsstörungen, Thrombosebehandlung, "Raucherbein", "Offenes Bein"</i>
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	<i>In Zusammenarbeit mit der in unmittelbarer Nähe gelegenen Dialyse-Praxis ist es möglich, auch dialysepflichtige Patienten ohne aufwendige Verlegung in unserer Klinik adäquat zu versorgen.</i>
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	<i>Z.B. endokrine Darstellung der Gallenwege und -blase</i>
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	Intensivmedizin
14	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
15	Endoskopie
16	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	3231
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	425
2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	260
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	210
4	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	184
5	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	167
6	I50	Herzschwäche	142
7	E86	Flüssigkeitsmangel	80
8	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	68
9	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	67
10	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	64
11	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	51
12	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	48
13	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	46
14	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	45
15	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	44
16	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	43
17	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	41
18	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	40
19	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	39
20	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	39

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	1014
2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	919
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	767
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	616
5	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	391
6	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	360
7	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	353
8	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	226
9	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	213
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	209
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	194
12	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	180
13	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	178
14	8-716	Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung	175
15	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	172
16	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	144
17	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	137
18	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	134
19	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	120
20	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	115

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	677
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	7
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4

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

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	15,44	15,44	0	0,25	15,19	212,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,94	6,94	0	0,14	6,8	475,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie
3	Innere Medizin und SP Pneumologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Allergologie
3	Diabetologie
4	Medikamentöse Tumorthherapie
5	Schlafmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,95	20,95	0	6,17	14,78	218,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,32	0,32	0	0	0,32	10096,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,16	16,16	0	3,56	12,6	256,4

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Diabetologie und Angiologie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Dr. med. Marcus Rottmann

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik II - Klinik für Diabetologie und Angiologie
Straße:	Brechtener Straße
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Lueneu/Innere_Klinik_II/index.php

Wir begrüßen Sie in der Medizinischen Klinik II der Klinik am Park im Klinikum Westfalen.

Chefarzt Dr. Marcus Rottmann und sein gesamtes ärztliches und pflegerisches Team möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Klinik so angenehm wie möglich gestalten. Schon im Vorfeld werden wir Ihnen einige wichtige Informationen zu unserem Tätigkeitsspektrum geben.

Ihr
Dr. Marcus Rottmann mit dem Team der Medizinischen Klinik II

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Dr. med. Marcus Rottmann, Chefarzt Innere Medizin II
Telefon:	0231 8787 481
Fax:	0231 8787 490
E-Mail:	marcus.rottmann@klinikum-westfalen.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nordstraße 34
PLZ/Ort:	59174 Kamen

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 § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

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

Angiologie

Die Angiologie umfasst die Vorbeugung, Untersuchung und Behandlung von Gefäßerkrankungen. In unserer Bevölkerung ist dies für die Zukunft von herausragender Bedeutung. Wir betrachten Ihre Gefäßerkrankung verständnisvoll unter Berücksichtigung des gesamten Menschen, auch innerhalb Ihrer Lebensumstände und bieten Ihnen alle zur Verfügung stehenden leitliniengerechten diagnostischen, therapeutischen wie auch vorbeugende Verfahren an, um Ihnen zu helfen. Diese schließen auch aus einer Hand Katheterverfahren in einem Untersuchungsgang mit dem Therapieverfahren ein. Das für Sie richtige Therapieverfahren ergibt sich meist aus der spezialisierten Ultraschalluntersuchung.

Leistungsspektrum:

- Gefäßmedizinische Beratung, auch zur Vorbeugung von Gefäßerkrankungen
- Moderne Farbultraschalluntersuchung des gesamten Gefäßsystemes
- Dopplerdruckmessung an Armen und Beinen
- Kapillarmikroskopie zur Untersuchung der kleinsten Blutgefäße
- Venenklappentest und Venendruckmessung

- Sauerstoffdruckmessung
- Gefäßkatheteruntersuchung an Becken- und Beinarterien mit Ballonaufweitung und ggf. Stentanlage

Diabeteszentrum

Das Team des Diabeteszentrums an der Klinik am Park unterstützt an Diabetes mellitus erkrankte Patienten in jeder Weise im Bemühen um ein symptomfreies Leben. Gemeinsames Ziel ist es, Lebensqualität zu erhalten oder zu steigern, und Betroffene zu befähigen, ihre Erkrankung selbstständig zu managen. Wir arbeiten dazu auch mit örtlichen Selbsthilfegruppen zusammen.

Bei langer Krankheitsdauer mit häufig erhöhten Blutzuckerwerten kann es auch zu typischen Folgeerkrankungen mit der Gefahr der Nervenschädigung (diabetische Polyneuropathie), dem diabetischen Fußsyndrom, einer Erkrankung der Netzhaut des Auges (diabetische Retinopathie) oder einer Nierenerkrankung (diabetische Nephropathie) kommen. Auch solchen Folgeerkrankungen widmet sich das Diabeteszentrum. Bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms geschieht dies in enger Zusammenarbeit mit dem Wundkompetenzzentrum der Klinik am Park.

Unser Team legt großen Wert auf die konsequente Weiterbildung von Pflegekräften.

Unsere Betreuung beinhaltet unter anderem:

- Tägliche Stoffwechselbesprechungen mit den Betroffenen
- Individuelle Therapieanpassungen in enger Zusammenarbeit mit unseren Diabetologen
- Regelmäßige Fallbesprechungen im Diabetesteam
- Anleitungen in die Blutzuckermess- und Injektionstechnik
- Diabetesorientierte Ernährungsberatung mit individuellen Empfehlungen
- Angehörigenschulungen
- Stoffwechseleinstellungen bei Patienten in Akut-Situationen wie Operationen, Cortisonstoßtherapie etc.
- Betreuung und Behandlung von Menschen mit übermäßig starker Insulinresistenz
- Betreuung von Patienten mit einer Insulinpumpe - spezielle Beratung für geriatrische Patienten
- Bedarfsorientierte Einzelschulungen/Beratungen für unsere stationären und ambulanten Patienten
- Sonderaktionen zum Weltdiabetestag (14. November)

Wir bieten zudem Gruppenschulungen für stationäre Patienten mit:

- Typ 2 Diabetes ohne Insulinbehandlung
- Typ 2 Diabetes mit Insulinbehandlung
- Typ 1 Diabetes
- Glukosetoleranzstörung
- Diabetischen Folgeerkrankungen

WKZ® - WundKompetenzZentrum

In unserer zertifizierten Schwerpunktabteilung Diabetologie und Angiologie stehen wir mit modernsten Diagnose- und Behandlungsverfahren Menschen mit chronischen Wunden zur Seite und begleiten sie auf ihrem Weg zur Verbesserung ihrer individuellen Lebensqualität. Gemeinsam planen wir nach neuesten Leitlinien und wissenschaftlichen Erkenntnissen, der jeweiligen Lebenssituation angepasst, die Diagnostik und Behandlung. Unser Anliegen ist es zur bestmöglichen Wundbehandlung ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen zu kombinieren.

- Moderne Wundbehandlung mit individuell angepasster Behandlungsplanung
- Schmerzarme Verbandwechsel durch Verwendung neuester Wundauflagensysteme
- Schonende Wundreinigung durch lokale Betäubung
- Standardisierte Untersuchung aller Wundpatienten, auch seltener Ursachen
- Spezielle Wundbehandlungsverfahren, wie z.B. Madentherapie, Vakuumtherapie
- Spezielle Kompressionsbehandlungsverfahren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Stationäre Fußbehandlung <i>Wir sind als stationäre Fußbehandlungseinrichtung zertifiziert (nach DDG-Leitlinie)</i>
2	Stationäre Wundbehandlung <i>Wir sind ein TÜV-zertifiziertes Wundkompetenzzentrum</i>
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Z.B. Durchblutungsstörungen, Thrombosebehandlung, "Raucherbein", Offenes Bein</i>
4	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Z.B. alle diabetischen Erkrankungen (Typ I und Typ II) inklusive typischer Folgeerkrankungen (z.B. Diabet. Fußsyndrom) sowie Stoffwechselerkrankung</i>
5	Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl:	551
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	230
2	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	55
3	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	33
4	I87	Sonstige Venenkrankheit	24
5	I83	Krampfadern der Beine	23
6	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	22
7	A46	Wundrose - Erysipel	21
8	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	17
9	L97	Geschwür am Unterschenkel	11
10	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	9
11	E13	Sonstige näher bezeichnete Zuckerkrankheit	8
12	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	8
13	I50	Herzschwäche	5
14	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	5
15	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	4
16	I73	Sonstige Krankheit der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen	4
17	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	< 4
18	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	< 4
19	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
20	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	< 4

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	180
2	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	56
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	52
4	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	43
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	43
6	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	31
7	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	24
8	8-190	Spezielle Verbandstechnik	17
9	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	17
10	8-017	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Nebenbehandlung	14
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	14
12	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	14
13	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	12
14	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	12
15	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	12
16	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	12
17	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	11
18	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	10
19	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	10
20	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	9

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

DIABETISCHE-FUßAMBULANZ

Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms: z.B. Diagnostik und Therapie der durch Diabetes verursachten Wunden sowie der Folgeerkrankungen

PRIVATAMBULANZ DR. ROTTMANN

Schwerpunkt: Diabetologische Erkrankungen, Wunden und Gefäßerkrankungen

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

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: **Nein**

Stationäre BG-Zulassung: **Nein**

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten **40**

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,31	2,31	0	0,61	1,7	324,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,99	0,99	0	0,36	0,63	874,6
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und SP Angiologie
2	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19,64	19,64	0	0	19,64	28,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,11	0,11	0	0	0,11	5009,1

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[3] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Dr. med. Norbert Kunath

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Luenen/ Klinik_fuer_Allgemein_Viszeral_und_Unfallchirurgie/ index.php

In unserer Chirurgie werden alle Patienten betreut, die einer ambulanten oder stationären Behandlung bedürfen. Die chirurgische Klinik befindet sich unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Norbert Kunath und ist überregional für die Notfallversorgung zuständig.

In der Ambulanz, die 24 Stunden geöffnet ist, wird die Notfallversorgung gesichert. Hier entscheidet sich, ob der Patient in eine weitere ambulante Behandlung des niedergelassenen Arztes entlassen werden kann, oder ob eine stationäre Behandlung in der Klinik erforderlich ist. Es besteht die Zulassung der Berufsgenossenschaften, in einer speziell eingerichteten Durchgangsambulanz, Berufs- und Arbeitsunfälle ambulant zu behandeln.

Bei diesen Entscheidungen handeln wir mit größter Sorgfalt, da das Wohl unserer

Patienten eine "Herzessache" für uns ist. Mit dem Ltd. Oberarzt Dr. med. Josef Balzer haben wir einen speziell ausgebildeten Unfallchirurgen.

Die operative Tätigkeit der chirurgischen Abteilung umfasst als Schwerpunkte die Allgemein- und Viszeralchirurgie. Neben Schilddrüsenerkrankungen steht hier die chirurgische Behandlung von Erkrankungen des Bauchraumes, speziell der Leber- und Gallenwege, des Dick-, Dünn- und Enddarmes im Vordergrund. Bei einem großen Teil dieser Eingriffe setzt unser Haus auf minimal-invasives Vorgehen. Durch diese schonende Operationstechnik gelingt es uns, die Patienten schnell wieder mobil zu machen und große Narben zu vermeiden. Die "moderne Knopflochchirurgie", wie sie gerne genannt wird, bedarf wenig Schmerzmittel und kommt somit dem Patienten durch viele Vorteile zu Gute. Bei bösartigen Erkrankungen der Bauchorgane, insbesondere bei Krebs erfolgt vor der Operation eine ausgiebige Diagnostik und Spiegelung der betroffenen Organe. Dank des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts im Bereich der Anästhesie und der Intensivmedizin ist es in unserem Hause möglich, größere Eingriffe mit einer enormen Sicherheit durchzuführen.

Die Arthroskopie (Gelenkspiegelung) spielt nach wie vor eine große Rolle in der Unfallchirurgie. Neben der alleinigen Diagnostik kann eine Vielzahl von Gelenkverletzungen heute ohne Eröffnung des entsprechenden Gelenkes auf arthroskopischem Weg behandelt werden. Dies gilt vor allem auch für junge Patienten mit Sportverletzungen.

Unsere überregionale Bekanntheit im Bereich der Chirurgie resultiert daraus, dass sich die Klinik am Park mit jährlich über 300 Patienten im Bereich der Knie- und Hüftendoprothetik zu einem Zentrum entwickelt hat, welches bei den niedergelassenen Ärzten im gesamten Umkreis unseres Hauses höchste Anerkennung genießt.

Daneben werden nicht erst seit der bundesweiten Zusammenführung der Fachgebiete Unfallchirurgie und Orthopädie auch orthopädische Operationen wie z.B. Ballenkorrekturen (Hallux valgus), Hammerzehen, Tennis- und Golferkrankungen sowie Nerveneinklemmungen an Hand und Ellenbogen durchgeführt.

Die physikalische Abteilung ergänzt die Chirurgie in unserem Hause durch eine qualifizierte Nachbehandlung.

Mit der Entwicklung neuer operativer Techniken und Implantate hat die Unfallchirurgie in der letzten Zeit einen deutlichen Entwicklungsschub erfahren. Auch in diesem Bereich haben sich minimal-invasive Techniken etabliert.

Bei der gesamten Gefäßdiagnostik haben wir in unserem Haus die Möglichkeit auf eine gute Kooperation zu unserer Abteilung für Diabetologie / Angiologie zurückzugreifen. Ein den modernsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügendes Wundbehandlungskonzept wird in dieser Kooperation interdisziplinär umgesetzt.

Im venösen Gefäßsystem steht die Krampfaderbehandlung im Vordergrund. In einem kurzen stationären oder ambulanten Eingriff werden die aufgeweiteten und gut sichtbaren Varizen über kleine Schnitte entfernt, um drohenden Folgen wie Beinschwellungen und "offenen Beinen" vorzubeugen.

Ihr

Dr. med. Norbert Kunath mit dem Team der Klinik für Allgemeine Chirurgie

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Dr. med. Norbert Kunath, Chefarzt Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie
Telefon:	0231 8787 421
Fax:	0231 8787 425
E-Mail:	norbert.kunath@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Björn Schmitz, Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie (ab 01.01.2017)
Telefon:	0231 8787 421
Fax:	0231 8787 425
E-Mail:	bjoern.schmitz@klinikum-westfalen.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

B-[3].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 § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

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

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- [Arthroskopien](#)
- [Chirurgie der Schilddrüse](#)
- [Handchirurgie](#)
- [Hernienchirurgie](#)
- [Knochenbrüche](#)
- [Prothesen](#)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>U.a. Krampfadern-Chirurgie</i>
2	Magen-Darm-Chirurgie
3	Metall-/Fremdkörperentfernungen
4	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <i>Gelenkersatz im Bereich des Knies und der Hüfte</i>
5	Behandlung von Dekubitalgeschwüren <i>In Zusammenarbeit mit der Inneren Medizin 2, Behandlung von Wunden und Geschwüren.</i>
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Arthroskopien, Kniegelenkersatz (TEP)</i>
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
13	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
14	Minimalinvasive endoskopische Operationen
15	Amputationschirurgie
16	Fußchirurgie <i>U.a. bei Diabetischem Fußsyndrom, in Zusammenarbeit mit der Inneren Medizin 2</i>
17	Spezialsprechstunde
18	Tumorchirurgie

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1456
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	91
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	90
3	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	85
4	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	67
5	K80	Gallensteinleiden	66
6	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	65
7	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	48
8	S52	Knochenbruch des Unterarmes	45
9	M54	Rückenschmerzen	39
10	K35	Akute Blinddarmentzündung	38
11	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	38
12	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	38
13	M75	Schulterverletzung	30
14	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	28
15	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	26
16	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	26
17	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	24
18	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	24
19	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	20
20	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	19

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	137
2	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	130
3	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	125
4	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	117
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	107
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	101
7	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	101
8	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	99
9	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	95
10	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	91
11	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	84
12	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	83
13	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	82
14	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	72
15	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	66
16	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	62
17	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	58
18	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	54
19	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	52
20	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	49

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

ERMÄCHTIGUNGSAMBULANZ (KV) DES CHEFARZTES DR. MED. N. KUNATH

Arthroskopische Operationen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

Die Ermächtigung erstreckt sich auf Zuweisungen durch niedergelassene Chirurgen und Orthopäden sowie auf die Weiterbehandlung reponierter Frakturen.

CHEFARTAMBULANZ DES DR. MED. N. KUNATH ZUR BEHANDLUNG VON PRIVATPATIENTEN

Adipositaschirurgie

Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

NOTFALLAMBULANZ

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

UNFALLCHIRURGISCHE AMBULANZ (DURCHGANGSARZTVERFAHREN/ BG-AMBULANZ)

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Metall-/Fremdkörperentfernungen

Diese Ambulanz untersteht dem berufsgenossenschaftlich zugelassenen lfd. Oberarzt Dr. med. J. Balzer

CHIRURGISCHE AMBULANZ

Abklärung zur Notwendigkeit sowie Voruntersuchungen zur Verkürzung eines stationären Aufenthaltes.

AM08 - Notfallambulanz (24h):

Die Notfallambulanz ist ganztägig besetzt. Da sich der örtliche Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte im Zentrum der Stadt Lünen befindet und damit die Wege dorthin für die Bürger unseres Einzugsgebietes sehr weit sind, wird unsere Notfallambulanz vor allem außerhalb der Sprechstundenzeiten der örtlich niedergelassenen Ärzte zahlreich in Anspruch genommen.

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	61
2	5-841	Operation an den Bändern der Hand	60

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
3	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	46
4	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	20
5	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	18
6	5-849	Sonstige Operation an der Hand	13
7	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	12
8	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	7
9	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	5
10	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	5
11	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	5
12	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
13	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	< 4
14	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
15	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
16	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
17	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
18	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	< 4
19	5-881	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse	< 4
20	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	< 4

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ja

Stationäre BG-Zulassung:

Ja

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,49	8,49	0	1,22	7,27	200,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,74	5,74	0	0,74	5	291,2
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Viszeralchirurgie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Phlebologie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	Handchirurgie
5	Sportmedizin
6	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,89	12,89	0	0	12,89	113,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,84	1,84	0	0	1,84	791,3

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[4] Klinik für Orthopädie I/II/III

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Orthopädische Klinik I
 Chefarzt
Dr. med. Dipl.-Kfm. (FH) Willi Kretzmann
 Tel.: 0231 28892040
 Fax: 0231 86023772



Orthopädische Klinik II
 Chefarzt
Dr. med. Andreas Michael Zabel
 Tel.: 0231 88080-710
 Fax: 0231 88080-720



Orthopädische Klinik II
 Chefarzt
Dr. med. Klaus Peter Zimmermann
 Tel.: 0231 88080-710
 Fax: 0231 88080-720



Orthopädische Klinik III
Dr. med. Bettina von Aprath
 Tel.: 0231 335070
 Fax: 0231 335006



Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie I/II/III
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Luenen/Orthopaedie/index.php

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Orthopädische Klinik I

In der Klinik für Orthopädie I behandeln wir in erster Linie Patienten mit chronischen schmerzhaften Erkrankungen des Bewegungssystems wie z. B.

- Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose)
- Fibromyalgiesyndrom
- Rheumatischen Erkrankungen (z. B. chronische Polyarthritis)

Schwerpunkte unseres Behandlungsangebotes sind:

- Multimodale Therapie durch ein interdisziplinäres Ärzte- und Therapeutenteam
- Interventionelle Verfahren: z. B. röntgengesteuerte wirbelsäulennahe Injektionen, Kathetertechniken
- Psychologie und Verhaltensmedizin: z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, körperorientierte Verfahren

Orthopädische Klinik II

Von der Diagnose bis zur Therapie und Nachbetreuung - Kompetente Behandlung aus einer Hand.

Nach Diagnosestellung bieten wir individuelle Therapiekonzepte abgestimmt auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten.

Unser Behandlungsspektrum umfasst alle Therapie-Optionen von der:

- nicht- operativen (auch konservative Therapie genannt) über die
- minimal-invasive (Schlüsselloch-) OP bis zu den
- großen operativen Eingriffen (Knie- und Hüft-Prothesen) und die
- post-operative Nachbetreuung

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2300) Orthopädie

(2309) Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie

(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Dr. med. Willi Kretzmann, Chefarzt Orthopädische Klinik I (bis 31.03.2016)
Telefon:	0231 8787 541
Fax:	0231 8787 44

E-Mail:	willi.kretzmann@klinikum-westfalen.de
Name/Funktion:	Dr. med. Klaus P. Zimmermann, Chefarzt Orthopädische Klinik II
Telefon:	0231 88080 710
Fax:	0231 88080 720
E-Mail:	info@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas M. Zabel, Chefarzt Orthopädische Klinik II
Telefon:	0231 88080 710
Fax:	0231 88080 720
E-Mail:	info@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Bettina von Aprath, Chefarzt Orthopädische Klinik III
Telefon:	0231 3350 70
Fax:	0231 3350 06
E-Mail:	info@klinikum-westfalen.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Leopoldstraße 10
PLZ/Ort:	44147 Dortmund

Adresse:	Adolf-Damaschke-Str. 2
PLZ/Ort:	44532 Lünen-Süd

Adresse:	Brechtener Str. 57
PLZ/Ort:	44536 Lünen-Brambauer

B-[4].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 § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Orthopädische Klinik I

In der Orthopädischen Klinik I werden Sie durch ein Team aus Ärzten und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen individuell und umfassend betreut.

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- [Multimodale Therapie](#)
- [Interventionelle Therapie](#)
- [Physiotherapie](#)
- [Ergotherapie](#)
- [Psychologie und Verhaltensmedizin](#)
- [Kreativprogramm](#)

Orthopädische Klinik II

Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen unserer Kompetenz-Praxis:

- Allgemeine orthopädische Behandlung
- Kinderorthopädie
- Ultraschalldiagnostik inkl. Säuglingshüfte
- Berufsgenossenschaftliche Unfallbehandlung
- Sportmedizinische Beratung, Diagnostik und Behandlung
- Orthopädische Sporttauglichkeitsuntersuchung
- Digitale Röntgendiagnostik
- Knochendichtemessung
- Osteoporose - Beratung und Therapie
- Physikalische Therapie
- Stoßwellentherapie
- Chirotherapie der Wirbelsäule und Gelenke
- Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin
- Bandscheibenbehandlung ohne Operation
- Hydrojet
- Infusionstherapie
- Gelenkflüssigkeitsersatz
- Arthrosetherapie
- Lasertherapie
- Orthopädische Versorgung
- Magnetfeldtherapie
- Fixierende und funktionelle Verbände

Kompetenz-Praxis: Spektrum der stationären, operativen und konservativen Therapie:

operativ:

- Endoprothesen: Künstliche Hüft- und Kniegelenke
- Meniskusschaden
- Impingement-Syndrom (Schulter)
- Umstellungsoperation an Hüft- und Kniegelenken
- Arthroskopische Operationen von Knie, Schulter und Sprunggelenk
- Kniescheibenoperationen
- Fußoperationen
- Handoperationen (Sehnen-Nervenoperationen)
- Ellenbogenoperationen (Tennis-Golferellenbogen, Nervenoperationen)

konservativ:

- Interventionelle Schmerztherapie
- Krankengymnastik
- Schlingentisch
- Massage
- Fango
- Lymphdrainage

Weitere Informationen erhalten Sie auch auf unserer Website unter : <http://www.kompetenz-praxis.de/>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Arthroskopische Operationen
2	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
3	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
7	Spezialsprechstunde
8	Endoprothetik <i>Hüfte und Knie; minimal invasiv</i>
9	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
10	Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	Sportmedizin/Sporttraumatologie
12	Kinderorthopädie

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	240
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	56
2	M75	Schulterverletzung	36
3	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	33
4	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	29
5	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	19
6	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	16
7	M54	Rückenschmerzen	11
8	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	10
9	M67	Sonstige Gelenkhaut- bzw. Sehnenkrankheit	5
10	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	< 4
11	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	< 4
12	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	< 4
13	M77	Sonstige Sehnenansatzentzündung	< 4
14	M65	Entzündung der Gelenkinnenhaut bzw. der Sehnenscheiden	< 4
15	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	< 4
16	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	< 4
17	M35	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift	< 4
18	Q66	Angeborene Fehlbildung der Füße	< 4
19	M06	Sonstige anhaltende (chronische) Entzündung mehrerer Gelenke	< 4
20	L40	Schuppenflechte - Psoriasis	< 4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	59
2	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	54
3	5-788	Operation an den Fußknochen	50
4	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	48
5	8-918	Fachübergreifende Behandlung von Patienten mit lang andauernden Schmerzen	46
6	8-983	Fachübergreifende Rheumabehandlung	45
7	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	39
8	9-410	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird - Einzeltherapie	38
9	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	37
10	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	33
11	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	33
12	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	32
13	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	30
14	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	20
15	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	12
16	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	10
17	5-931	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungsmaterial, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind	10
18	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	4
19	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	4
20	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	< 4

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

FACHÄRZTLICHE PRAXIS DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE.

Arthroskopische Operationen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Endoprothetik

Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

Spezialsprechstunde

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	47
2	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	16
3	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	7
4	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	7
5	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	5
6	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	< 4
7	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
8	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
9	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	< 4
10	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	< 4
11	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
12	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	1,22	1,22	0	0,04	1,18	203,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,22	1,22	0	0,02	1,2	200,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
2	Allgemeinchirurgie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Orthopädische Rheumatologie
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Spezielle Unfallchirurgie
4	Sportmedizin
5	Physikalische Therapie und Balneologie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,74	6,74	0	0	6,74	35,6
--	------	------	---	---	------	------

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[5] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Björn Ellger

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Luenen/Klinik_fuer_Anaesthesiologie_Schmerztherapie_und_Inteindex.php

Herzlich willkommen

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie im Klinikum Westfalen. Bitte Informieren Sie sich in unserem Internetauftritt über die organisatorische Struktur unserer Klinik und unsere Therapieangebote.

Die Klinik arbeitet standortübergreifend gemeinsam mit den Partnern der anderen Kliniken und Zentren daran, operative Eingriffe, kritische Krankheit, Notfälle und die Behandlung

akuter und chronischer Schmerzzustände nach modernsten Erkenntnissen zum Wohl der Patienten zu gestalten. Unser starkes, interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetztes Team setzt dafür Konzepte um, die sich an jedem Patienten und seinen individuellen Erfordernissen und Wünschen orientieren. Unsere Schwerpunkte liegen in:

Perioperative Betreuung:

- klinische Anästhesiologie
- Intensivmedizin
- Schmerztherapie
- Notfallmedizin

Unsere Häuser stehen mit einer langjährigen Tradition in der Gesundheitsversorgung der Menschen in der Region und der Einbindung in den akademischen Lehrbetrieb für kontinuierliche Aus- und Weiterbildung unserer Fachkräfte. Wir besprechen mit Ihnen und gegebenen Falls mit von ihnen benannten Betreuungspersonen ausführlich alle Behandlungsoptionen. Der Patientenwille ist für uns auch in der Intensivmedizin entscheidend.

Ihr

Prof. Dr. Björn Ellger mit dem Team der Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(3700) Sonstige Fachabt.

B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Björn Ellger, Direktor & Chefarzt der Kliniken für Anästhesiologie (ab 01.06.2017)
Telefon:	0231 8787 474
Fax:	0231 8787 455
E-Mail:	bjoern.ellger@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Holger Sauer, Chefarzt (bis 30.06.2017)
Telefon:	0231 8787 451
Fax:	0231 8787 455
E-Mail:	holger.sauer@klinikum-westfalen.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

B-[5].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 § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemein- und Regionalanästhesie

Unsere Klinik betreut alle Patientinnen und Patienten des Klinikums Westfalen an unseren 4 Standorten durch ein erfahrenes Team. Wir verstehen uns als Begleiter der Patienten im gesamten perioperativen Verlauf, vom Erstkontakt beim Aufklärungsgespräch über die Betreuung während und nach der Operation bis hin zur Entlassung.

Wir bieten alle gängigen Verfahren der Narkose an. Welches Verfahren für Sie geeignet ist entscheiden sie in einem individuellen Gespräch mit dem Narkosearzt. Wir legen besonderen Wert auf ein möglichst schonendes, kurz wirksames Verfahren. Wenn Übelkeit oder Erbrechen nach Narkosen bei Ihnen bekannt sind, können wir durch besonders angepasste Verfahren das Risiko hierfür deutlich verringern.

Die Regionalanästhesie kann sich auf eine Körperhälfte (Spinal- oder Periduralanästhesie) erstrecken oder gezielt ein Körperteil (Arm, Bein) betäuben. Hier nutzen wir vor allem ultraschallgesteuerte Anlagen. Bei besonders schmerzhaften Eingriffen können wir spezifische Katheter einlegen die dann über eine angeschlossene Pumpe die Schmerzen effektiv und nebenwirkungsarm therapieren. Somit kann die Kombination verschiedener Anästhesieverfahren notwendig werden.

Vor dem Eingriff gut betreut

Vor jeder Narkose finden ein ausführliches Indikationsgespräch und eine Risikoaufklärung mit einem Arzt unserer Abteilung statt. Hier können Sie alle wichtigen Fragen stellen. Hier werden Sie auch darüber informiert was zu beachten ist. Bitte bringen Sie zu dem Gespräch soweit vorhanden aktuelle Arztbriefe und relevante Dokumente (Schrittmacherausweis, Allergiepass, Anästhesieausweise) mit. In Lünen können Termine für ein Vorgespräch über das Sekretariat [bitte hier Link zur Telefonnummer] vereinbart werden, im Knappschaftsklinikum in Dortmund besteht von 9 bis 17 Uhr eine Sprechstunde zu der Sie unangemeldet erscheinen können.

Narkosen in der von uns durchgeführten Weise sind sehr sicher!

Während des Eingriffs gut betreut

Vor dem Eingriff führen wir einige Vorbereitungen durch. Tropfinfusion und Überwachungsgeräte werden angelegt. Dann erst führen wir die Narkose durch. Während des Eingriffes kümmert sich unser Narkosearzt mit einem ganzen Team um sie und ihre Sicherheit. Wir überwachen alle relevanten Kreislaufparameter und können schnell auf etwaige Komplikationen reagieren. Moderne Anästhesien können so gesteuert werden, dass sie wenige Minuten nach Ende der Operation wieder wach werden.

Auch nach dem Eingriff gut betreut

Nach ihrer Operation werden Sie für einen kurzen Zeitraum in der sog. Perioperativen Beobachtungseinheit (POBE) intensiv überwacht um sicherzustellen, dass Kreislauf und Atmung wieder normalisiert sind. Hier werden wir auch eventuelle Schmerzen oder Übelkeit effektiv behandeln können bevor sie wieder auf Ihr Stationszimmer gebracht werden.

Keine Angst vor Schmerzen! Am Klinikum Westfalen existieren Schmerztherapiealgorithmen die es uns ermöglichen, die postoperativen Schmerzen gut in den Griff zu bekommen. Sollten Sie also Schmerzen haben: melden Sie sich beim Arzt oder dem Pflegepersonal. Wir können ihnen helfen.

Sollte es sich um einen besonders schweren Eingriff handeln oder sollten sie besondere Vorerkrankungen haben, so kann sich gegebenenfalls die Therapie auf der Intensivstation

anschließen.

Suchen Sie einen Ansprechpartner? Wir beantworten Ihre Fragen gerne, lassen Sie sich gerne über unser Sekretariat verbinden.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin
2	Schmerztherapie
3	Allgemein- und Regionalanästhesie
4	Notfallmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	keine Bettenführende Abteilung

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

SCHMERZAMBULANZ
Allgemeine Schmerztherapie
<i>KV-Zulassung auf Überweisung</i>
CHEFARZTAMBULANZ
Allgemeine Schmerztherapie

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,63	4,63	0	0,1	4,53	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,63	4,63	0	0,06	4,57	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Intensivmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	33,16	33,16	0	0	33,16	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,07	13,07	0	0	13,07	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	0,0

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[6] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	57
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	http://www.mittelohr.de

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Unsere HNO-Belegabteilung wird von Frau Dr. med. Esther Schimanski und Herrn Dr. med. Thorsten Ockermann gemeinschaftlich betreut. Es ist damit ein Expertenteam bei uns tätig, das weit über Lünen hinaus bekannt ist.

Der eindeutige Schwerpunkt der Tätigkeit liegt im Bereich der Mittelohrchirurgie. Hier hat Dr. Schimanski in 28 Jahren bereits annähernd 13.000 mikrochirurgische Eingriffe in unserer Klinik durchgeführt. Eine HNO-Belegabteilung mit einer solchen Operationszahl ist bundesweit wohl einmalig.

Im Mai 2005 erhielt Dr. Goesta Schimanski im Zusammenhang mit der von ihm weiterentwickelten OP-Methode den Hofmann- und Heermann-Preis für die Weiterentwicklung der praktischen HNO-Heilkunde.

Zu diesem Themenbereich hält er Vorträge in ganz Europa sowie in Amerika. Mehrmals jährlich werden internationale Workshops in der Mittelohrchirurgie für ausländische Ärzte in unserem Haus organisiert.

Bis 2010 wurden mehr als 13.000 Ohroperationen durchgeführt. Die "Klinik am Park" setzt auch in diesem Bereich auf Kontinuität und höchste personelle und medizintechnische Qualität.

Neben den hörverbessernden mikrochirurgischen Eingriffen werden auch die üblichen operativen Eingriffe des HNO-Gebietes durchgeführt. So werden pro Jahr über 1.000 Patienten aus Deutschland und den benachbarten Ländern operiert. Bei unseren kleinen Patienten besteht selbstverständlich die Möglichkeit der Mitbetreuung durch die Eltern. Im Rahmen der besseren Vernetzung von ambulanter Behandlung in der niedergelassenen Praxis und stationärer Versorgung im Krankenhaus, ist die Praxis zu Beginn des Jahres 2009 in das neu gebaute Medizinische Zentrum der Klinik am Park umgezogen. Durch diese direkte Anbindung der Praxisräume an die Klinik und die sonstigen diagnostischen Möglichkeiten (z.B. Röntgenpraxis) ergeben sich nicht nur kurze Wege für Patienten und Mitarbeiter, auch konnten die Behandlungsabläufe nochmals einer Optimierung unterzogen werden.

Seit 2010 hat Dr. med. Thorsten Ockermann als Partner der HNO-Gemeinschaftspraxis das Spektrum durch seine Spezialisierung auf dem Gebiet der funktionellen und ästhetischen Rhinochirurgie erweitert. Die chirurgische Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung erfolgt seitdem streng nach dem FESS Konzept der Grazer Schule (Functional Endoscopic Sinus Surgery) und zeichnet sich durch eine besonders sichere, schonende und komplikationsarme Vorgehensweise aus. Bei den ästhetischen

und funktionellen (Septo-)Rhinoplastiken kommen die modernsten Operationstechniken zum Einsatz um optimale Ergebnisse sicher zu stellen. Darüber hinaus werden verschiedene Operationsverfahren (Ballontuboplastie und Laser-Tuboplastie) zur Verbesserung der Tuba auditiva (Eustachische Röhre) durchgeführt. Weitergehende Informationen erhalten Sie auf der Internet-Seite der Praxis (<http://www.mittelohr.de>).

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Dr. med. Esther Schimanski, Chefarztin
Telefon:	0231 87 907
Fax:	0231 8787 460
E-Mail:	info@mittelohr.de

Name/Funktion:	Dr. med. Thorsten Ockermann, Chefarzt
Telefon:	0231 87 907
Fax:	0231 8787 460
E-Mail:	info@mittelohr.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Brechtenerstr. 57
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	http://www.mittelohr.eu/

B-[6].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 § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Mikrochirurgie des Mittelohres
- Funktionelle und ästhetische Nasenchirurgie
- Radiofrequenztherapie zur Verkleinerung der Nasenmuscheln
- Endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie
- Mikrochirurgische Kehlkopfeingriffe
- Gaumen- und Rachenmandelentfernung
- Laserchirurgische Verkleinerung der Gaumenmandeln
- Operationen an der Tuba auditiva

Nähere Informationen erhalten Sie unter unserer Internetseite:

Zentrum für Mittelohrchirurgie Lünen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres <i>Gehörgangsverengungen, Ohrmuschelneubildungen</i>
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes <i>Entzündliche Erkrankungen von Mittelohr und Warzenfortsatz</i>
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres <i>Tinnitus, Schwindel</i>
4	Mittelohrchirurgie <i>Operationen zur Behebung von Schwerhörigkeiten und entzündlichen Ohrerkrankungen.</i>
5	Schwindeldiagnostik/-therapie <i>Therapie: operativ und konservativ</i>
6	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege <i>Mandeloperationen: Verkleinerungen, Mandelabszess</i>
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen <i>Röntgen, Sonografien, ggf. operative Behandlung</i>
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle <i>Operationen von Speicheldrüsensteinen, -abszessen, -zysten; Zungenveränderungen; Schleimhauttumor (klein)</i>
9	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Operation Septum, Nasenmuschel und Nasennebenhöhlen, Nasenoperationen (Rhinoplastik)</i>

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	710
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	159
2	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	104
3	H74	Sonstige Krankheit des Mittelohres bzw. des Warzenfortsatzes	102
4	H80	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose	97
5	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	93
6	H95	Krankheit des Ohres bzw. des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen	24
7	H68	Entzündung bzw. Verschluss der Ohrtrompete	19
8	H61	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörganges	18
9	G47	Schlafstörung	14
10	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	14
11	H83	Sonstige Krankheit des Innenohrs	10
12	Q16	Angeborene Fehlbildung des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursacht	10
13	H70	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten	8
14	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	5
15	J03	Akute Mandelentzündung	4
16	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	< 4
17	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	< 4
18	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	< 4
19	Q17	Sonstige angeborene Fehlbildung des Ohres	< 4
20	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	< 4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	683
2	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	431
3	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	414
4	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	303
5	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	185
6	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	183
7	5-931	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungsmaterial, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind	175
8	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	155
9	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	70
10	5-198	Herstellung eines neuen, künstlichen Schallwellenweges zum Hörorgan bei Versteifung der Hörknöchelchen	60
11	5-203	Operative Ausräumung des Warzenfortsatzes	51
12	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	48
13	5-197	Operativer Einsatz einer Steigbügelprothese	34
14	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	30
15	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	29
16	5-773	Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Kiefergelenksfunktion	27
17	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	20
18	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	20
19	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	19
20	5-192	Erneute Operation nach Entfernung des Steigbügels aus dem Ohr	13

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRAXISBETRIEB DES NIEDERGELASSENEN FACHARZTES.

Die ambulante Behandlung findet in der mit einem direkten Zugang zur Klinik ausgestatteten Praxis statt. Es wird das gesamte Spektrum einer HNO-Praxis angeboten. Hinzu kommen auch ambulante Operationen, die in den Operationssälen der Klinik durchgeführt werden.

PRAXISBETRIEB DES NIEDERGELASSENEN FACHARZTES.

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	77
2	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	23
3	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	18
4	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	11
5	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	8
6	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	5
7	5-184	Operative Korrektur absteher Ohren	< 4
8	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	< 4
9	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
10	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	< 4
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0	0	0	0	0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0	0	0	0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	3					236,7

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Gynäkologische Operationen (15/1)	14	100
3	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	36	100
4	Hüftendoprothesenve (HEP)	80	100
5	Knieendoprothesenve (KEP)	96	100
6	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	80	100
7	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothese (KEP_IMP)	95	100
8	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenve und -komponentenwechse (KEP_WE)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
9	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	281	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
10	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	210	100

Die oben aufgelisteten Fallzahlen & Dokumentationsraten (in%) beziehen sich auf das Klinikum Westfalen mit folgenden Standorten:
Knappschafts Krankenhaus Dortmund und die Klinik am Park Lünen

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

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

1	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2012
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	80 %
	Vertrauensbereich	62,69 % - 90,49 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	30
	Grundgesamtheit	30

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Statistische Auffälligkeit, qualitativ unauffällig
2	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	81,06 %
Vertrauensbereich	73,53 % - 86,83 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,6
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	107
Erwartete Ereignisse	132
Grundgesamtheit	132
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
3	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	1103
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,8
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Dauer der Operation
Kennzahl-ID	52128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	86,9
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
5	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit e
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	67,56 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	8
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,3
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
7 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
	Kennzahl-ID	54143
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
9	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	70,09 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	91
	Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9
Grundgesamtheit	9
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	11,5
	Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
	Kennzahl-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,3
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet
Kennzahl-ID	51418
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,4
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	12
Grundgesamtheit	12

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
13	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	51907
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	15,1
Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	3,1
Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	14
Grundgesamtheit	14
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

15	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	0
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	6010
	Grundgesamtheit	6010
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
17	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	98,65 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	281
Erwartete Ereignisse	281
Grundgesamtheit	281
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

18	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2009
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	99,61 %
	Vertrauensbereich	97,82 % - 99,93 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	95,7
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	255
	Erwartete Ereignisse	256
	Grundgesamtheit	256
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

19	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,84 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,9
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	174
Erwartete Ereignisse	174
Grundgesamtheit	174
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
20	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,53 %
Vertrauensbereich	96,29 % - 99,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	269
Erwartete Ereignisse	273
Grundgesamtheit	273
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬆ verbessert

21	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54030
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	19,7
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
22	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54031
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	90,36 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,5
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	36
Grundgesamtheit	36
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	93,47 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	55
Grundgesamtheit	55
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

24	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
Kennzahl-ID	54002	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	93	
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
25	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54003	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	17,5	
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %	

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	24
Grundgesamtheit	24
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

26	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54004
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	96,82 %
	Vertrauensbereich	89,14 % - 99,13 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	92,9
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	61
	Erwartete Ereignisse	63
	Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

27	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54005
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	95,42 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,8
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	80
Erwartete Ereignisse	80
Grundgesamtheit	80
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54010
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	93,47 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	55
	Erwartete Ereignisse	55
	Grundgesamtheit	55

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
29	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der g
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	57
Grundgesamtheit	57
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
30	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	16 %
Vertrauensbereich	6,4 % - 34,65 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	11,5
Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	25
Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
31 Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,8
Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

32	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	6,2
	Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54018
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	4,4
	Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
34	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	2,4
Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

35	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54120
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	10,2
	Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54020
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	96,11 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,4
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	95
Erwartete Ereignisse	95
Grundgesamtheit	95
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

37	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,2
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Kennzahl-ID	54023
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	96,15 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,7
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	96
Erwartete Ereignisse	96
Grundgesamtheit	96
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

40	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54026
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	89,47 %
	Vertrauensbereich	81,7 % - 94,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	92
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	85
	Erwartete Ereignisse	95
	Grundgesamtheit	95
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. |

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

Die Klinik nimmt an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137 f SGB V nicht teil.

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Klinik am Park beteiligt sich an verschiedenen Benchmark-Projekten der AKW (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Krankenhäuser Westfalens) im Rahmen der Krankenhausverbände Westfalens.

Dort werden medizinische und ökonomische Daten analysiert.

Trifft nicht zu.

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBESTÄNDIGKEIT
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	439	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	7	
3	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	18	

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	33
--	----

- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	23
--	----

- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:

23

* 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).

D Qualitätsmanagement

Selbstbewertung und Fremdbewertung nach KTQ und Diabetes

Das wichtigste Verfahren zur Bewertung des Qualitätsmanagements ist für das Klinikum Westfalen die Selbstbewertung und Fremdbewertung des gesamten Hauses nach KTQ.

Im November 2016 wurden alle vier Standorte (Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

Bewertet werden die sechs Kategorien:

- 1. Patientenorientierung im Krankenhaus
- 2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- 3. Sicherheit im Krankenhaus
- 4. Informationswesen
- 5. Krankenhausführung
- 6. Qualitätsmanagement

Diese Bereiche werden mit Hilfe eines Fragenkataloges in einem dreijährigen Rhythmus einer Selbstbewertung unterzogen. Dazu wurden Beschäftigte zu KTQ-Moderatoren ausgebildet. Sie leiten die Qualitätszirkel, in denen die Selbstbewertung erstellt wird. Den Qualitätszirkeln wird jeweils ein zusammenhängender Teil des Fragenkataloges zur Bearbeitung an die Hand gegeben. Die Qualitätszirkel werden interdisziplinär und interprofessionell mit Beschäftigten so besetzt, dass die zu bewertenden Arbeitsabläufe zum einen aus jeder Sicht beurteilt werden können und zum anderen notwendige Fach- und Detailkenntnisse vorhanden sind. Besonderer Wert wird dabei auf die Patientenversorgung gelegt.

Die Selbstbewertung ist eine der Säulen für die Konzeption qualitätsverbessernder Projekte.

Dieser Selbstbewertung folgt die Fremdbewertung nach KTQ durch ein Team von drei unabhängigen KTQ-Visitoren. In einem neuntägigen Audit überprüfen und bewerten diese Spezialisten die in der Selbstbewertung beschriebenen Prozesse. Sie erstellen abschließend eine Fremdbewertung in Form eines Visitationsberichtes und empfehlen die Vergabe des Zertifikates, wenn die Prozesse den Qualitätsstandards entsprechen.

Bewertung des Qualitätsmanagements in den Organzentren

Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund wurde im Jahr 2006 als viertes Darmzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Das Prostatazentrum wurde 2008 als achtes Zentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft in Deutschland zertifiziert. Als weitere organbezogene Zentren wurden das Brustzentrum und Lungenzentrum mit einem umfangreichen Qualitätsmanagement aufgebaut.

Die Qualitätsbewertung der Organzentren erfolgt über bundesweite Vergleichszentren auf Basis klar definierter Qualitätsindikatoren.

Bewertung der Qualität durch interne Audits

Um die Qualitätsstandards ständig zu verbessern und zu erhalten, sind systematische interne Kontrollen erforderlich. Für die Arbeitsprozesse im Krankenhaus müssen Kontrollmechanismen hinterlegt sein, die ihrerseits ebenfalls einer Kontrolle unterliegen. In den monatlichen internen systematischen Audits erfolgt eine Bewertung des gesamten

Krankenhauses.

Das Qualitätsmanagement und Beauftragte erstellen für dieses Audit einen auf die einzelnen Bereiche zugeschnittenen Fragenkatalog für verschiedene Prozesse. Die Audits haben somit in sich eine organisierende Wirkung. Darüber hinaus werden im Audit die Kompetenzen und Erfahrungen der Beschäftigten genutzt, die aktiv um Verbesserungsvorschläge gebeten werden. Gegenstand der Begehung sind auch die Kenntnisse der Beschäftigten zu bestimmten Prozessen. Abschließend wird ein Auditbericht, Abweichungsprotokolle und eine Aufgabenliste erstellt und intern veröffentlicht, die im Laufe des Jahres abgearbeitet wird. Um spezielle Prozesse noch genauer zu prüfen, wurden für eine Reihe von Arbeitsabläufen und Themengebieten eigene Prozessaudits eingerichtet. Dies betrifft vor allem den Themenkomplex Sicherheit im Krankenhaus. Transfusionsmedizinische Begehungen, Arzneimittelbegehungen, Hygienevisiten, Gefahrstoffaudit, Gefährdungsanalysen am Arbeitsplatz, Brandschutzbegehungen, Arbeitssicherheitsbegehungen und Datenschutzbegehungen werden anhand eigener Checklisten von Fachkräften und Beauftragten durchgeführt und protokolliert. Erkannte notwendige Verbesserungen werden vorgenommen, und auch die jeweiligen Checklisten werden neuen Gegebenheiten angepasst.

Die Ergebnisse werden den verantwortlichen Kommissionen mitgeteilt und dort beraten. Dieses System aus internen und externen Begehungen und Kontrollen sichert die bereits vorhandene Qualität und ermöglicht eine stetige Weiterentwicklung.

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

Das Klinikum Westfalen stellt hohe Qualitätsanforderungen an sich und richtet sich intensiv danach aus, die interne Qualität durch externe Audits und Zertifizierungsverfahren überprüfen zu lassen. Dieser Weg führte dazu, dass sich das Klinikum Westfalen zu einem Vorreiter für unterschiedliche Zertifizierungsverfahren entwickelt hat. So erreichte das Knappschaftskrankenhaus Dortmund als erstes Krankenhaus in Dortmund die Qualitätszertifizierung nach KTQ, das Darmzentrum und Prostatazentrum wurden deutschlandweit als Pilotkliniken für die Zertifizierung nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ausgewählt und zertifiziert.

Zertifizierungen nach den Vorgaben der ISO, wie z.B. in der Zentralsterilisation runden das Bild der extern geprüften Qualität ab.

Bewertung durch Vergleiche mit anderen Einrichtungen

Eine weitere Methode zur Überprüfung der eigenen Qualität ist der Vergleich mit Anderen. Dieser Vergleich wird gezogen, indem die Befragungsergebnisse aus Mitarbeiter- und Patientenbefragungen durch die beauftragte Firma anonymisierten Befragungsergebnissen anderer Krankenhäuser gegenübergestellt werden. Bei einer solchen Darstellung werden Stärken und Verbesserungspotentiale deutlich und ermöglichen gezielte Maßnahmen.

Das Klinikum Westfalen beteiligt sich außerdem aktiv an externen Vergleichen im Darmzentrum, Prostatazentrum, Brustzentrum, Diabetes, Stroke Unit, Wundmanagement, Umweltmanagement, klinischen Behandlungspfaden und in Abteilungen an Vergleichen mit anderen Einrichtungen. Über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus begreift das Klinikum Westfalen die Qualitätssicherung und -verbesserung als ethische Verpflichtung gegenüber seinen Beschäftigten und Patienten. Daher werden wir auch in Zukunft alles dafür tun, die Qualität unserer Leistungen kritisch zu überprüfen und auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nachhaltig zu verbessern.

D-1 Qualitätspolitik

Selbstverständnis

- Aus dem historischen Auftrag erwachsen, haben wir uns zu einem modernen und zukunftsorientierten Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung entwickelt.
- Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Mensch, unabhängig von religiöser, gesellschaftlicher und ethnischer Zugehörigkeit.
- Der Umgang mit unseren Mitmenschen basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen.

Patient - Kunde - Partner

- Im Umgang mit dem Patienten wahren wir Würde und Intimität und schützen das Vertrauensverhältnis.
- Menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten und deren Angehörigen ist für uns selbstverständlich.
- Wir gehen auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten ein und fördern ihre Fähigkeiten insbesondere im Sinne der ganzheitlichen Pflege.
- Wir sehen die Patienten als Partner und regen sie und ihre Angehörigen zu aktiver Mitarbeit und Entscheidungsfindung an.
- Jede Form der Kritik unserer Patienten betrachten wir als Anreiz, unsere Leistungen und Angebote ständig zu verbessern.

Qualität

- Wir gewährleisten eine ganzheitliche Patientenversorgung auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und durch den Einsatz moderner Technik.
- Der Betrieb unseres Hauses erfolgt nach ökonomischen und ökologischen Gesichtspunkten.
- Unsere Kompetenz und unseren Sachverstand bringen wir auch durch Beratung und Informationen für gesundheitliches Verhalten aktiv ein. Wir sichern die Weiterentwicklung unseres Qualitätsniveaus durch ständige Fort- und Weiterbildung.

Zusammenarbeit und menschlicher Umgang

- Wir arbeiten mit anderen Gesundheitseinrichtungen konstruktiv zusammen und passen uns den gesellschaftlichen Erfordernissen an.
- Unsere Zusammenarbeit ist gekennzeichnet durch einen fachübergreifenden Teamgedanken.
Grundlagen dafür sind Offenheit, Kollegialität, Vertrauen und gegenseitiger Respekt.
- Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen mit ihrer Arbeit einen wichtigen Teil zum Gesamtergebnis unserer Einrichtung bei.

Bezugnehmend auf das Gesamtleitbild des Krankenhauses wurden in den letzten Jahren spezifische Leitbilder und eine Qualitätspolitik für die Bereiche Pflege, Umweltmanagement, Wundkompetenzzentrum WKZ®, Darmzentrum, Prostatazentrum, Diabeteszentrum, Lungenzentrum, Schlaganfallereinheit und Brustzentrum erarbeitet.

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Wegweisend und Impulsgebend in der Region

Wir - in unserer Region

Wir sind ein zukunftsorientiertes Dienstleistungsunternehmen und stehen für kompetente, mitmenschliche Medizin im östlichen Ruhrgebiet.

Unser Anliegen ist es, mit Spitzenleistungen, sowohl zu gesundheitlichen Versorgung der örtlichen Bevölkerung beizutragen, als auch überregional Akzente zu setzen und eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zu pflegen.

Das Leitbild und die Grundsätze für Führung und Zusammenarbeit stellen eine Zielvorgabe dar, die von uns allen mit Leben zu füllen ist.

Wir - für Individualität und Qualität

Wir gewährleisten eine ganzheitliche Patientenversorgung auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und durch den Einsatz moderner Technik.

Dabei ist unser oberstes Ziel, mit allen Maßnahmen dem Wohl der uns anvertrauten Patienten zu dienen und so ihrem individuellen Bedarf bestmöglich gerecht zu werden.

Diese Qualitätsansprüche erfüllen wir durch Fachkompetenz, Leistungsorientierung und die stetige Optimierung unserer Arbeitsabläufe.

Wir - für den würdigen Umgang mit den Menschen

Im Umgang mit dem Patienten wahren wir Würde und Intimität und schützen das Vertrauensverhältnis.

Dies basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen.

Menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten und deren Angehörigen ist für uns selbstverständlich.

Im Rahmen der Möglichkeit bieten wir den Patienten und ihren Angehörigen an, aktiv auf den Behandlungsprozess Einfluss zu nehmen. Das gilt in allen Lebensphasen.

Respekt, Einfühlsamkeit und Freundlichkeit sind zentrale Bestandteile unseres Umgangs mit Patienten,

Angehörigen und Beschäftigten, unabhängig von religiöser, gesellschaftlicher und ethnischer Zugehörigkeit.

Die tägliche Zusammenarbeit ist geprägt durch ein hohes Maß an fachübergreifender Teamarbeit, Kooperation, offener Kommunikation und einem strukturierten Informationsfluss sowie einem ausgeprägten Wir-Gefühl.

Wir - für die Zukunft

Wir arbeiten mit anderen Gesundheitseinrichtungen konstruktiv zusammen und passen uns den gesellschaftlichen Erfordernissen an.

Wir sehen unsere Aufgaben nicht nur in der Behandlung, sondern wollen auch die gesundheitliche Versorgung sicherstellen und vorantreiben.

Wir bieten Sicherheit durch Information und Aufklärung nach anerkanntem Wissensstand, stehen den Patienten und Angehörigen beratend zur Seite und geben Anregung und

Perspektive für eine möglichst hohe Lebensqualität. Wir sichern die Weiterentwicklung unseres Qualitätsniveaus durch ständige Fort- und Weiterbildung. Wir passen die Organisation unseres Hauses den sich verändernden Rahmenbedingungen an.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Das Klinikum Westfalen hat einen konsequenten Weg zum Aufbau und zur Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements eingeschlagen. Um diesen Weg zu verfolgen, werden alle wesentlichen qualitätssichernden und qualitätsentwickelnden Maßnahmen über die Stabsstelle Qualitätsmanagement gesteuert.

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsmanagements zählen:

- Die Organisation der internen Prozesse zur ständigen Qualitätsverbesserung im Klinikum Westfalen
- Die regelmäßige Überprüfung der internen Qualität der Gesundheitsdienstleistungen im Klinikum Westfalen
- Die Koordination der Qualitätszirkelarbeit
- Vorbereitung von Zertifizierungsmaßnahmen für die Krankenhäuser des Klinikum Westfalen
- Durchführung von Selbstbewertungsverfahren im Rahmen der jeweils angestrebten Zertifizierungen
- Planung sowie Unterstützung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen und Einweiserbefragung

Der Nachweis über ein umfassendes, im gesamten Haus umgesetztes Qualitätsmanagementsystem erfolgt regelmäßig über die Zertifizierung nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®). Als erstes Krankenhaus in Dortmund wurde das Knappschafts Krankenhaus Dortmund mit dem Qualitätssiegel der KTQ® im Jahr 2005 ausgezeichnet. Die Zertifizierung der Klinik am Park in Lünen folgte im Jahr 2009. Im Jahr 2012 erfolgte eine gemeinsame Zertifizierung. Anfang 2015 wurde auch am dritten Standort am Hellmig-Krankenhaus Kamen eine erfolgreiche KTQ-Erstzertifizierung durchgeführt. Im November 2016 wurden alle vier Standorte (Knappschafts Krankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

D-1.2.1 Patientenorientierung

Nach Vorgabe durch das uns selbst gesetzte Leitbild, ist der Patient mit seinen Bedürfnissen zentraler Bezugspunkt für unser Handeln im Krankenhaus. Die Zufriedenheit des Patienten bzgl. der medizinischen und pflegerischen Leistung, insbesondere bezüglich des Umgangs mit ihm und seinen Bedürfnissen im Rahmen des Aufenthaltes in unserer Klinik, ist uns ein besonderes Anliegen.

- Im Umgang mit dem Patienten wahren wir Würde und Intimität und schützen das Vertrauensverhältnis.

- Menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten und deren Angehörigen ist für uns selbstverständlich.
- Wir gehen auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten ein und fördern ihre Fähigkeiten insbesondere im Sinne der ganzheitlichen Pflege.
- Wir sehen die Patienten als Partner und regen sie und ihre Angehörigen zu aktiver Mitarbeit und Entscheidungsfindung an.
- Jede Form der Kritik unserer Patienten betrachten wir als Anreiz, unsere Leistungen und Angebote ständig zu verbessern.

Die Patientenzufriedenheit wird in Befragungen und bei Pflegevisiten permanent überprüft. Zudem wird die Wirksamkeit der angewandten Therapien im Rahmen der Tumordokumentation kontrolliert und festgehalten.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Die Leitung der Klinik hat sich verpflichtet, die Umsetzung des Qualitätsmanagements zu überprüfen, voranzutreiben und die notwendigen Ressourcen bereitzustellen. Die strukturellen Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems wurden ebenso wie die Verantwortung und Befugnis des QM-Beauftragten festgelegt.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Die Mitarbeiter sind am Qualitätsprozess auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Projektgruppen beteiligt. Um die Umsetzung der Ergebnisse zu ermöglichen, werden auch intern Schulungen zu den für das QM-System relevanten Themen angeboten. Die Beteiligung der Mitarbeiter an externen Fort- und Weiterbildungen wird durch die Leitung ausdrücklich gewünscht und unterstützt.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Alle Mitarbeiter sind angehalten, bei ihrer Tätigkeit ökonomische und ökologische Gesichtspunkte zu beachten. Daneben werden Einsparungen durch die Beteiligung an Einkaufsgemeinschaften realisiert. Den Mitarbeitern ist ebenso wie der Geschäftsführung bewusst, dass die Umsetzung des Leitbildes, nämlich die Sicherstellung einer auf allen Ebenen qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, nur möglich ist, wenn die ökonomischen Grundlagen dafür gegeben sind.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Die gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Abteilungen und Berufsgruppen ist für eine optimale Betreuung unserer Patienten notwendig. Zur Vermeidung von Überschneidungen und zur Optimierung der Arbeitsabläufe werden standardisierte Handlungsvorgaben (sog. SOPs: Standard Operating Procedures) schriftlich festgelegt und den beteiligten Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Die Mitarbeiter des Klinikum Westfalen sind engagiert, wenn es um die Verfolgung der von ihnen mit den Vorgesetzten vereinbarten Ziele geht. Das Instrument der Zielvereinbarungsgespräche ist flächendeckend eingeführt.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Eine Zielsetzung des Qualitätsmanagements ist, mögliche Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen und zu beseitigen, bevor Fehler überhaupt auftreten können. Aus diesem Grunde sind potenzielle Gefahrenquellen umgehend auf den bekannten Wegen an die zuständigen Stellen zu melden.

Sollten dennoch Fehler auftreten, werden diese entsprechend gemeldet, die Ursachen analysiert und mögliche Fehlervermeidungsstrategien besprochen.

Grundsätzlich erfolgt eine Meldung an den Qualitätsmanagementbeauftragten.

Gravierende Fehler werden auch an die Geschäftsführung weiter geleitet.

Spezielle Meldeverfahren existieren für:

- Patientenbeschwerden
- Zwischenfälle und Beinahe-Zwischenfälle
- Dekubitus und Sturz
- Medizinprodukte
- Lieferung von Produkten

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, den eigenen Arbeitsbereich auf eine ständige Verbesserung hin zu überprüfen. Audits, Mitarbeitergespräche, Gespräche mit Patienten und Angehörigen sowie Befragungen werden zum Anlass genommen, den Arbeitsprozess kontinuierlich zu verbessern. Um diesen Anspruch zu unterstreichen, hat sich das Klinikum Westfalen der externen Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) unterzogen. Ständige Verbesserung im Sinne des sog. PDCA-Zyklus ('Plan-Do-Check-Act') ist der primäre Ansatz dieses Zertifizierungsverfahrens.

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Für die Umsetzung der Qualitätspolitik ist ein permanenter Gedankenaustausch, sowohl der Mitarbeiter untereinander, als auch gegenüber der Geschäftsführung notwendig. Hierzu dienen die verschiedenen Gremien, in denen alle Berufsgruppen und Hierarchien vertreten sind, in hervorragender Weise.

Kurze Kommunikationswege und Umsetzungszeiten sind garantiert.

In jedem Organzentrum sind sowohl Qualitätszirkel, als auch Lenkungsausschüsse konstituiert.

Darüber hinaus unterzieht sich das Krankenhaus einer externen Überprüfung seiner Qualitätsbestrebungen im Rahmen der Zertifizierungen nach KTQ sowie den verschiedenen Organzentren.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Wie in anderen Kliniken auch, gilt die Sicherung der Patientenversorgung und somit der Erhalt aller Standorte als oberstes strategisches Ziel. Der Weg dorthin führt über

- eine hohe Behandlungsqualität
- Patientenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit
- wirtschaftliches Handeln im Behandlungsprozess
(z.B. Verkürzung der Liegezeiten durch Optimierung der Behandlungsabläufe und den Einsatz modernster medizinischer Verfahren)
- wirtschaftliches Handeln im allgemeinen Betriebsablauf.

Unter diesem Aspekt sind Zertifizierungen als externe Bewertungen der Effektivität und Effizienz des eingeschlagenen Weges anzusehen. Zur Erreichung und Sicherung dieser Ziele werden vielfältige operative Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt, hier wären Projekte wie KTQ Verbundzertifizierung 2016, Weiterentwicklung des Risikomanagement, Brustzentrum, Lungenzentrum, Schmerztherapie, Entlassungsmanagement, Patientenidentifikationsarmbänder, Eingriffsverwechslung, Personalentwicklung, innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung und fachabteilungsbezogene Projekte zu erwähnen.

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Die Qualitätsziele der Bereiche werden schriftlich in einer standardisierten Vorlage fixiert, in der sowohl das Ziel, die festgelegten Maßnahmen zur Zielerreichung, als auch die Messinstrumente zur Evaluation hinterlegt sind. Die Ziele werden grundsätzlich für das Folgejahr erstellt.

Der Status der Umsetzung der Qualitätsziele wird vom Qualitätsmanagement durch interne Audits, durch die Quartalsgespräche und Abteilungsbesprechungen auf Umsetzung überprüft.

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Die verantwortlichen Leitungskräfte der Bereiche kommunizieren die Qualitätsziele in den internen Besprechungen und nutzen die Ziele zur Durchführung von Zielvereinbarungsgesprächen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wie in anderen Kliniken auch, gilt die Sicherung der Patientenversorgung und somit der Erhalt der Standorte Dortmund, Lünen, Kamen und Lütgendortmund als oberstes strategisches Ziel. Der Weg dorthin führt über

- eine hohe Behandlungsqualität
- Patientenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit
- wirtschaftliches Handeln im Behandlungsprozess (z.B. Verkürzung der Liegezeiten durch Optimierung der Behandlungsabläufe und den Einsatz modernster medizinischer Verfahren)
- wirtschaftliches Handeln im allgemeinen Betriebsablauf.

Unter diesem Aspekt sind Zertifizierungen als externe Bewertungen der Effektivität und Effizienz des eingeschlagenen Weges anzusehen. Zur Erreichung und Sicherung dieser Ziele werden vielfältige operative Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt, hier wären Projekte wie KTQ-Rezertifizierung, Brustzentrum, Lungenzentrum, Schmerztherapie, Entlassungsmanagement, Patientenidentifikationsarmbänder, Eingriffsverwechslung, Personalentwicklung, innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung und fachabteilungsbezogene Projekte zu erwähnen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Instrumente des Qualitätsmanagements dienen der Schulung, der Messung und Verbesserung der Qualität der Arbeitsprozesse und der Steuerung erforderlicher Veränderungen und Verbesserungen.

Die in den Kommissionen und anderen Gremien festgelegten Arbeitsprozesse werden den Beschäftigten durch ein internes elektronisches Informationswesen, durch Schulungen und bei Teambesprechungen vermittelt. Die Beschäftigten verwenden bei der Umsetzung der Arbeitsprozesse geeignete Dokumente zu den klinischen Pfaden, Checklisten zur Aufnahme oder Entlassung von Patienten, zur Vorbereitung einer Operation, zur Wundbeschreibung während der Behandlung, aber auch zur Dokumentation von Prozessen aus den Bereichen Hygiene, Umgang mit medizinischen Geräten oder Transfusionswesen. Die Kontrolle der Umsetzung einerseits, und der Qualität der festgelegten Arbeitsprozesse andererseits, erfolgt durch interne Qualitätskontrollen in Form von protokollierten Begehungen (Audit) und durch ein Berichtswesen. Weitere Instrumente zur Qualitätsüberprüfung sind das Beschwerdemanagementsystem, die klinischen Konferenzen sowie Befragungen von Patienten, Beschäftigten und einweisenden Ärzte durch externe Institute.

Informationswesen und Schulungen

Durch das elektronische Informationswesen, Schulungen und Teambesprechungen stellt das Krankenhaus den hohen Kenntnisstand und die umfassende Information aller Beschäftigten sicher. Durch eine hausinterne Mitarbeiterzeitung wird monatlich über aktuelle Neuerungen berichtet. Im Intranet des Krankenhauses werden den Beschäftigten alle gültigen Standards, Verfahrensanweisungen, Dienstanweisungen, Dienstvereinbarungen, Leitlinien und Pfade, und andere wesentliche Informationen zur Verfügung gestellt. Um die Aktualität der Dokumente zu gewährleisten, ist deren Gültigkeit zeitlich sinnvoll eingeschränkt. Nach Ablauf der eingetragenen Frist wird das Dokument den Verantwortlichen einer inhaltlichen Überprüfung unterzogen, aktualisiert und erneut mit einer maximalen Gültigkeit veröffentlicht. Jeder neue Beschäftigte erhält eine

Unterweisung. Die Einarbeitung neuer Beschäftigter erfolgt mit Hilfe von Einarbeitungsmappen, Checklisten und Einführungstagen. Jede Abteilung trifft sich in festgelegten Abständen zu Teambesprechungen.

Interne Auditinstrumente

Im Audit wird durch Begehungen vor Ort die Umsetzung der Arbeitsprozesse und deren Qualität überprüft. Im Knappschaftskrankenhaus Dortmund erfolgen monatlich themenbezogene Audits. Am Beispiel der klinischen Patientenpfade erklärt bedeutet Audit, sowohl die Inhalte der Pfade, als auch deren Anwendung systematisch zu überprüfen. Klinische Pfade sind Behandlungspläne für bestimmte, häufig vorkommende Erkrankungen, in denen die unterschiedlichen Berufsgruppen festgelegt haben, welche Maßnahmen unbedingt erforderlich sind und welche Maßnahmen immer mit in Betracht gezogen werden müssen. Die inhaltliche Überprüfung erfolgt mindestens ein Mal im Jahr und zusätzlich bei Bedarf durch Qualitätszirkel. In diesen entscheiden die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gemeinsam, ob der Pfad in seiner bisherigen Form beibehalten werden kann oder verändert werden muss. Grundlage bildet dabei die aktuelle Fachliteratur mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und die mit dem jeweiligen Pfad gemachten praktischen Erfahrungen. Dadurch wird eine gut organisierte Behandlung nach aktuellem Stand der Wissenschaft sichergestellt. Die Anwendung der Pfade wird täglich während der ärztlichen und pflegerischen Visiten kontrolliert. Dabei wird am Patienten überprüft, ob alle notwendigen Maßnahmen getroffen wurden und ob zusätzliche Diagnostik und Therapie notwendig ist.

Die Umsetzung und Einhaltung der Hygienestandards, Wundstandards, Diabetesstandards und Pflegestandards wird durch Begehungen der verschiedenen Bereiche mit Hilfe von Checklisten überprüft. Durchgeführt werden diese Begehungen durch die Pflegedirektion, Wundmanagerin, Diabetesberaterin, Hygienefachkraft, Praxisanleitung und Abteilungsleitungen. Im Rahmen der Organzentren, Diabetes und Umwelt erfolgen jährliche externe Audits durch akkreditierte Qualitätzertifizierungsunternehmen.

Generell werden die Ergebnisse der unterschiedlichen internen und externen Audits protokolliert und die Umsetzung überprüft. Die Beschäftigten haben in einem solchen Audit die Möglichkeit, auf neu erkannte, notwendige Verbesserungen hinzuweisen. Verbesserungsmaßnahmen werden beraten und dann eingeleitet. Nach solchen Begehungen werden bei Bedarf auch Checklisten aktualisiert und Verfahrensanweisungen an veränderte Bedingungen angepasst. In den Audits werden insbesondere die Kenntnisse der Beschäftigten zu den einzelnen Arbeitsprozessen erfragt. Themen sind z.B. Kenntnisse zu den Sofortmaßnahmen beim medizinischen Notfall, zu Hygienestandards, zur Arzneimittelsicherheit, zum Brand- und Katastrophenschutz, zum Umgang mit Medizinprodukten (medizinischen Geräten) und Gefahrstoffen, zur Arbeitssicherheit und zum Datenschutz. Durchgeführt werden auch Dokumentationskontrollen, wie die Teilnahme an Schulungen, die monatliche Kontrolle der Notfallkoffer, die Visiten- und Pflegeplanung und der Umgang mit den klinischen Patientenpfaden. Die daraus abgeleiteten kleinen und großen Verbesserungen werden nach Zuleitung eines Abweichungsberichtes oder in Projekten umgesetzt.

Unverzichtbares Instrument des Qualitätsmanagements ist das Berichtswesen. Mit Hilfe regelmäßig erscheinender Berichte werden Arbeitsabläufe mit statistischen Zahlen und Entwicklungsbeschreibungen überwacht. Am Beispiel der klinischen Pfade erklärt bedeutet dies, dass für jeden Patienten erfasst wird, welche Abweichungen vom Pfad notwendig waren. Durch Sammlung und statistische Aufarbeitung dieser Daten kann man beispielweise erkennen, ob an bestimmten Stellen organisatorische Abläufe verbessert werden müssen, ob der Pfad inhaltlich angepasst und verbessert werden muss und auch, ob neue klinische Pfade benötigt werden. Statistiken und Berichte als wesentliche Steuerungsinstrumente werden auch in den Organzentren verwendet und führten für die Patienten zu einer Verbesserung der interdisziplinären Versorgung. Audit und Berichtswesen bilden gemeinsam ein Qualitätskontrollsystem im Rahmen des Qualitätsmanagements. Nach diesem Prinzip sind beispielsweise die Bereiche Hygiene,

Medizincontrolling, Transfusionswesen, Brand- und Katastrophenschutz, Arbeitssicherheit, Gefahrstoffe, Umweltmanagement und Datenschutz organisiert.

Beschwerdemanagement

Ein unabhängiges Instrument zur Messung der Qualität der Klinikum Westfalen GmbH ist das hausinterne Beschwerdemanagementsystem, das auf der umfassenden Sammlung und Auswertung von Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen basiert. Alle stationären und ambulanten Patienten werden mit Hilfe von Fragebögen befragt und um Anregungen/Lob/ Kritik gebeten. Zwei Beschwerdemanagementbeauftragte stellen die Fragebögen zur Verfügung, organisieren die Leerung der Briefkästen, sichten und beantworten die eingehenden Briefe und erstellen eine Statistik.

In einem interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzten Qualitätszirkel Beschwerdemanagement werden Verbesserungsmaßnahmen, die sich aus den eingehenden Antworten ergeben, beraten und auf den Weg gebracht. Diese werden in einem Bericht intern veröffentlicht. Workshops zum Beschwerdemanagement erfolgen jährlich mit externen Dozenten zur Weiterentwicklung des Systems.

Patientensicherheit

In den vergangenen Jahren wurden umfangreiche Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit entwickelt und eingesetzt. Als Beispiele sind hier die Standardisierung der klinischen Behandlungspfade, MRSA-Screening aller Patienten, die Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern, Einführung eines CIRS, Beschwerdemanagement, die Umsetzung der Vorgaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Bereich Eingriffsverwechslung, HACCP-Konzept für die Zentralküche und der Aufbau einer Sturzprophylaxe zu nennen.

Klinische Konferenzen

Der Sicherung der Behandlungsqualität dienen die eingerichteten klinischen Konferenzen. Wöchentlich finden verschiedene Tumorkonferenzen statt, in der interdisziplinär die Ärzte des Hauses gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten die optimale Therapie für die an Krebs erkrankten Patienten besprechen und den Therapieplan gemeinsam festlegen. In täglichen Röntgenbesprechungen diskutieren die Radiologen gemeinsam mit den behandelnden Ärzten die Diagnosen, die sich aus den Röntgenuntersuchungen ergeben, und die daraus folgenden Therapien. Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen erfolgen regelmäßig fachübergreifend und interdisziplinär sowie in allen Kliniken und insbesondere in den Organzentren unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte. Darüber hinaus werden umfangreiche zertifizierte Qualitätszirkel unter Einbindung von niedergelassenen Ärzten und weiteren externen Behandlungspartnern durchgeführt.

An jedem Standort werden quartalsweise fachübergreifende und interdisziplinäre Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen durchgeführt.

Befragungen

Ein weiteres unabhängiges Instrument zur Überprüfung der Qualität ist die Befragung. Patienten-, Einweiser- und Beschäftigtenbefragungen werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Mit der Durchführung der Befragungen werden externe Institute beauftragt. Den eigenen Daten werden anonymisierte Ergebnisse anderer Krankenhäuser gegenübergestellt. Dies erlaubt eine neutrale Bewertung der eigenen Qualität und ermöglicht gezielte Verbesserungsmaßnahmen. Als wesentliche Grundlage für die mittel- und langfristigen Planungen qualitätsverbessernder Maßnahmen werden die Befragungsergebnisse konzeptionell aufgearbeitet. Dabei werden zunächst Stärken und Verbesserungsbereiche identifiziert, ehe mit der Planung und Durchführung konkreter Projekte die Umsetzung erfolgt. Im Rahmen von Projekten und in den Organzentren erfolgen zusätzliche Befragungen von Patienten, Beschäftigten und niedergelassenen Ärzten.

Des Weiteren werden interne Befragungen zu Projekten durchgeführt, um diese zu evaluieren.

Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung

Die Aufklärung der Patienten erfolgt mittels standardisierter Aufklärungsbögen. Zur Information der Patienten stehen umfangreiche spezifische Informationsbroschüren, sowie eine übergreifende Krankenhausbroschüre zur Verfügung. Über das Internet werden den Patienten vielfältige Informationen angeboten.

Wartezeitenmanagement

Die Messung von Wartezeiten ist ein wesentliches Instrument zur Patientenorientierung und erfolgt kontinuierlich durch:

externe Befragungen

interne Befragungen

- Beschwerdemanagement
- Entlassungsmanagement
- Wartezeitenmessung zentrale Notaufnahme
- Wartezeitenmessung Stationen
- Wartezeitenmessung Patientensprechstunden

Die unterschiedlichen Instrumente des Qualitätsmanagements mit Informationen, Schulungen, Audits, Zertifizierungen, Beschwerdemanagement, Befragungen, Fehlermanagement, Klinischen Konferenzen und Wartezeitenmanagement bilden zusammen ein umfangreiches System zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Gremien & Kommissionen

Um die Struktur- und Prozessqualität bereichsübergreifend zu optimieren, eine interne Qualitätssicherung zu gewährleisten und Schnittstellenprobleme zu minimieren, sind verschiedene Kommissionen und Gremien eingerichtet, in denen die Teilnehmer die aus ihrer Sicht notwendigen Verbesserungen anregen können. Organisatorische Aufgaben übernehmen die Betriebsleitung und das Chefarztgremium. Eine Hygienekommission überwacht und koordiniert alle Maßnahmen zur Feststellung, Behandlung und Vermeidung von Infektionen. Eine Transfusionskommission setzt die Leitlinien zur Therapie mit Blutprodukten und Plasmaderivaten sowie die Anwendung von Blutprodukten nach dem Transfusionsgesetz um. Eine Arzneimittelkommission legt den Arzneimittelbestand fest und berät die Abstimmung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Ein Arbeitsausschuss regelt alle Maßnahmen zur Arbeitssicherheit. Personen mit besonderen Aufgaben, sogenannte Beauftragte werden entsprechend den gesetzlichen Forderungen und darüber hinaus eingesetzt. Wie zum Beispiel freigestellte Hygienefachkräfte, sie entwickeln Hygienestandards, erstellen Infektionsstatistiken und führen Begehungen durch.

Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:

- Abfallbeauftragter
- Betriebsarzt
- Beauftragte Person für Gefahrstoffe
- Brandschutzbeauftragter
- Datenschutzbeauftragter
- DRG Beauftragte
- Gefahrstoffbeauftragter
- Fachkraft für Arbeitssicherheit "FASI"
- Hygienebeauftragter Arzt
- Medizingerätebeauftragte
- Strahlenschutzbeauftragte
- Transfusionsbeauftragte
- Transfusionsverantwortlicher
- Transplantationsbeauftragter
- Strahlenschutzverantwortlicher

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die dargestellten Projekte sind nur ein Ausschnitt dessen, was im Klinikum Westfalen im Bereich der qualitätsrelevanten Maßnahmen geleistet wird. Die Krankenhäuser befinden sich in einem Prozess der ständigen Verbesserung. Alle Projekte werden über die Betriebsleitung oder den Steuerkreis festgelegt und kontinuierlich in einer Projektstruktur fortgeschrieben. Sie umfasst große und kleine Projekte zu vielen unterschiedlichen Themen wie Ethik, Verbesserung von Arbeitsabläufen bei der Aufnahme, der Entlassung im OP, Vereinfachungen in der Zusammenarbeit zwischen Ambulanzen und Stationen, Projekte zur Verbesserung der Patientendokumentation und Patientensicherheit. So sind z.B. für alle stationären Patienten im Rahmen der Patientensicherheit Patientenidentifikationsarmbänder eingeführt worden, die sicherstellen, dass die Identifikation immer gegeben ist und Verwechslungen weitestgehend ausgeschlossen werden können. Als herausragend ist die qualitätszertifizierte Entwicklung der Krebszentren des Krankenhauses zu nennen. Hier wurden Beschäftigte aus den Bereichen Psychoonkologie, onkologische Pflege, Pain sowie Breast Care Nurse speziell freigestellt um Patienten und Patientinnen individuell intensiv zu betreuen. Parallel zur klinischen Arbeitswelt werden auch solche Themen bearbeitet, die auf den ersten Blick patientenfern erscheinen, jedoch für die Sicherheit von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ebenso wichtig sind. Zu nennen sind hier Themen wie Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Umgang mit medizinischen Geräten oder Gefahrstoffen wie Reinigungs- und Desinfektionsmittel. In diesen Fragen kommt der Arbeit der Kommissionen und Beauftragten eine besondere Bedeutung zu. Auch soziale Themen wie Gleichstellung oder Umgang mit Sucht wurden bearbeitet. Mit einer Dienstvereinbarung Partnerschaftliches Verhalten und der Fortbildung von Konfliktmoderatoren bietet das Knappschaftskrankenhaus seinen Beschäftigten Rat und Hilfe bei Problemen an, die im Team selbst nicht gelöst werden können. Darüber hinaus wurde ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufgebaut, welches im Rahmen der Mitarbeiterorientierung als zukunftsweisend gilt. Ziel aller Aktivitäten ist und bleibt die stetige Weiterentwicklung aller Bereiche des Knappschaftskrankenhauses Dortmund zum Wohle des Patienten.

Projekt

Erfolgreiche Zertifizierung nach den Qualitätskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zum Onkologischen Zentrum.

Hintergrund

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die Etablierung eines Zertifizierungsverfahrens die Qualität der Versorgung von Krebspatienten durch einen interdisziplinären Ansatz und die Zusammenführung von ambulanten und stationären Strukturen nachhaltig in Deutschland zu verbessern. Diesem höchsten Qualitätsanspruch stellte sich das Klinikum Westfalen jährlich als erstes Onkologisches Zentrum in Nordrhein Westfalen.

Ziel

Das Ziel des Klinikum Westfalen war es, die bereits bestehenden interdisziplinären, stationären und ambulanten Strukturen an die hohen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft anzupassen und zu optimieren. Des Weiteren sollte durch eine enge Verzahnung mit dem ambulanten Bereich eine optimale Patientenversorgung, von der Prävention bis zur Nachsorge, sichergestellt werden.

Maßnahmen und Umsetzung

1. Aufbau einer interdisziplinären Lenkungsgruppe
2. Entwicklung einer Organisationsstruktur unter Einbeziehung aller stationären und

ambulanten Kooperationspartner (Chirurgen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen, Nuklearmedizinern, Radiologen, Internisten, Hämatonkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologie, Pathologen, Studienbeauftragten, Sozialdienst, Selbsthilfegruppen, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Stomatherapie, onkologische Pflege, Breast Care Nurse, Thoraxchirurgen, Prostatakoordinator, Hospiz, Palliativzentrum, Seelsorge, Physiotherapie)

3. Aufbau einer elektronischen Tumordokumentation
4. Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildung
5. Entwicklung eines zertifizierten Qualitätszirkels und Lenkungsausschusses

Evaluation und Zielerreichung

Die Evaluation der Zielerreichung im Onkologischen Zentrum erfolgt über

1. Erhebung von festgelegten Qualitätsindikatoren der Deutschen Krebsgesellschaft
2. Durchführung von spezifischen Befragungen für onkologische Krebspatienten
3. Durchführung von Einweiserbefragungen
4. Messung von Wartezeiten in den Sprechstunden
5. Durchführung von internen und externen Audits
6. Überprüfung der Zielerreichung und Maßnahmenfestlegung im Lenkungsausschuss
7. Jährliche Revalidierung

Projekt

Aufbau eines qualitätszertifizierten Prostatazentrums.

Hintergrund

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die Etablierung eines

Zertifizierungsverfahrens, die Qualität der Versorgung von Krebspatienten durch einen interdisziplinären Ansatz und die Zusammenführung von ambulanten und stationären Strukturen, nachhaltig in Deutschland zu verbessern.

Diesem höchsten Qualitätsanspruch stellte sich das Knappschafts Krankenhaus Dortmund und wurde im Jahr 2008 als achttes Prostatazentrum in Deutschland qualitätszertifiziert.

Ziel

Das Ziel des Klinikum Westfalen war es, die bereits bestehenden interdisziplinären stationären Strukturen auf die hohen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft anzupassen, weiter auszubauen und sich mit anderen Prostatazentren kontinuierlich zu vergleichen. Des Weiteren sollte durch eine enge Verzahnung mit dem ambulanten Bereich eine optimale Patientenversorgung, von der Prävention bis zur Nachsorge, sichergestellt werden.

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung :

1. Aufbau einer interdisziplinären Lenkungsgruppe
2. Entwicklung einer Organisationsstruktur unter Einbeziehung aller stationären und ambulanten Kooperationspartner (Urologen, Nuklearmedizinern, Radiologen, Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, Selbsthilfegruppe, Sozialdienst, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Stomatherapie, Psychoonkologie und onkologischer Pflege)
3. Einrichtung einer zertifizierten Tumorkonferenz für Prostatakrebspatienten
4. Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems mit Darstellung aller Prozesse über ein elektronisches Qualitätshandbuch
5. Entwicklung eines Leitbildes
6. Aufbau einer Prostatasprechstunde
7. Etablierung eines zertifizierten Qualitätszirkels unter Einbeziehung aller internen und externen Partner
8. Aufbau einer elektronischen Tumordokumentation

9. Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsstrukturen zum Prostatazentrum

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung im Prostatazentrum erfolgt über:

1. Erhebung von festgelegten Qualitätsindikatoren der Deutschen Krebsgesellschaft
2. Durchführung von Befragungen spezifisch für Prostatakrebspatienten
3. Durchführung von Einweiserbefragungen
4. Messung von Wartezeiten in der Prostatasprechstunde
5. Durchführung von internen und externen Audits im Prostatazentrum
6. Überprüfung der Zielerreichung und Maßnahmenfestlegung im Lenkungsausschuss Prostatazentrum
7. Jährliche Revalidierung

Projekt

Patientensicherheit

Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten.

Hintergrund

Die Patientensicherheit nimmt im deutschen Krankenhaussektor eine zunehmend wichtigere Stellung ein.

So wurde, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium, das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet, um einen höheren Sicherheitsstandard in der deutschen Krankenhauslandschaft zu etablieren. Bedingt durch die deutschlandweit stark verringerte Aufenthaltszeit der Patienten im Krankenhaus müssen immer mehr Patienten innerhalb kürzerer Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung durch die Krankenhäuser geschleust werden. Diese Systematik führt zwangsläufig dazu, dass mehr Fehler passieren können, da die Leistungsdichte am Patienten zunimmt. Um die Fehlerquote zu reduzieren wurde im Knappschaftskrankenhaus Dortmund nach einer Pilotphase die Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten umgesetzt. Denn durch eine eindeutige Identifizierung z.B. durch Patientenarmbänder wird ein höheres Maß an Sicherheit gewährleistet.

Ziel

Das Ziel der Klinikum Westfalen GmbH war es, Patientenidentifikationsarmbänder für alle stationären Patienten der Krankenhäuser einzuführen, ein Konzept zu entwickeln, eine Arbeitsgruppe aufzubauen und in einem Pilotbereich beginnend die Umsetzung zu evaluieren.

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes:

1. Aufbau einer berufsübergreifenden Arbeitsgruppe
2. Entwicklung eines Konzeptes für Patientenidentifikationsarmbänder
3. Aufbau eines Schulungskonzeptes für Führungskräfte und Beschäftigte
4. Erarbeitung von Dokumentationsvorlagen und Verfahrensanweisungen
5. Anschaffung von speziellen Druckern für Patientenarmbänder
6. Pilotierung des Konzeptes inkl. einer Evaluation des Projektes
7. Testung unterschiedlicher Systeme im Pilotbereich
8. Nach Abschluss der Pilotphase erfolgte die Einführung über Bereiche des Krankenhauses

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

1. Befragung der Patienten
2. Befragung der Beschäftigten
3. Vergleich der unterschiedlichen Systeme
4. Berichterstattung im Steuerkreis zur Weiterentwicklung des Systems

Projekt:

Qualitätszertifizierung der Diabetologie des Krankenhauses

Hintergrund

Der Bundesverband klinischer Diabetologie und die Deutsche Diabetes Gesellschaft haben es sich zur Aufgabe gemacht, durch das QMKD-Modell, basierend auf KTQ die Versorgungsqualität von an Diabetes erkrankten Menschen nachhaltig zu verbessern. Diesem Qualitätsanspruch stellte sich das Knappschaftskrankenhaus und erreichte unter Berücksichtigung des Qualitätsanspruchs des Krankenhauses, basierend auf dem Leitbild der Diabetologie, die Diabeteszertifizierung durch den Bundesverband klinischer Diabetologie (BVKD). Parallel dazu wurde auch ein Antrag auf Anerkennung als Behandlungseinrichtung Stufe 2 für Patienten mit Diabetes mellitus bei der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) gestellt. Über diesen Antrag wurde im Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung der DDG beraten. Der Antrag wurde dem Vorstand der DDG zur Anerkennung empfohlen. Dieser stimmte dem Antrag zu.

Ziele

1. Anpassung der interdisziplinären stationären Strukturen und Prozesse an die Anforderungen der BVKD und DDG und weitere Ausarbeitung
2. Erreichung eines guten Ergebnisses der Selbstbewertung in den Bereichen Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Information und Dokumentation, Führung und Qualitätsmanagement
3. Umsetzung der ermittelten Verbesserungspotentiale
4. Zertifizierte Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus durch den BVKD auf Grundlage von QMKD (Qualitätsmanagement Klinischer Diabetes - Einrichtungen), auf der Basis der QMKD - Manuals inkl. QMKD - Katalog in der Version 5.2.2. Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (Stufe 2).

Maßnahmen und Umsetzung:

1. Entwicklung eines QM-Handbuchs
2. Entwicklung eines Leitbildes
3. Formulierung von Qualitätszielen
4. Strategieplanung
5. Durchführung der Selbstbewertung im Team
6. Erstellen von Maßnahmenplänen zur Erfassung und Planung der Verbesserungspotentiale
7. Einleitung von Verbesserungen (Räume, Weiterbildung, Fortbildung...)
8. Auditierungen

Evaluation und Zielerreichung

1. Durchführung von internen Audits
2. Benchmarking
3. Messung der erreichten Punktzahl pro Kriterienbereich und Kriterium
4. Vergleich des Ergebnisses der erreichten Punktzahl Selbstbewertung - Fremdbewertung

Projekt

Aufbau einer Schlaganfalleinheit (regionale Stroke Unit).

Hintergrund

Im Knappschaftskrankenhaus Dortmund werden seit vielen Jahrzehnten Patienten mit einem Schlaganfall akut behandelt. Zunehmend hat die Versorgung von Schlaganfallpatienten in den letzten Jahren eine Spezialisierung durch neurologische Kliniken erfahren, was zum bundesweiten Aufbau von stationären Schlaganfallspezialeinheiten (Stroke Units) in Krankenhäusern führte. Ein Zuweisungskonzept der Rettungsdienste in Dortmund legte im Jahr 2008 fest, dass zwei Krankenhäuser in Dortmund primär durch den Rettungsdienst angefahren werden sollen,

wenn ein Patient mit einem Schlaganfall versorgt werden muss. Da das Knappschaftskrankenhaus eines dieser zwei Krankenhäuser ist, über eine neurologische Klinik verfügt, und seit 2008 die Anerkennung von 4 Stroke Unit-Betten vorliegt, ging es darum, zeitnah eine Stroke Unit im Knappschaftskrankenhaus Dortmund aufzubauen.

Ziele

Folgende Ziele wurden definiert:

1. Konzepterstellung Stroke Unit
2. Aufbau der Strukturen gemäß den Anforderungen an qualitätszertifizierte regionale Stroke Units
3. Bau einer Stroke Unit mit 4 stationären Betten auf der Intensivstation/IMC
4. Transparente Darstellung der Organisation der Stroke Unit - Einheit
5. Zertifizierung gemäß der Kriterien der Deutschen Schlaganfallhilfe (DSG) und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen wurden im Verlauf des Projektes erarbeitet und implementiert:

1. Bildung einer Arbeitsgruppe Stroke Unit
2. Bearbeitung von folgenden Schwerpunkten: Personalplanung, Bauplanung, Schnittstellen, Kooperationspartner, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Ökonomie, Apparative und räumliche Ausstattung, etc.
3. Bauplanung
4. Umsetzung der Baumaßnahmen im laufenden Betrieb
5. Festlegung von interdisziplinären und berufsübergreifenden Behandlungsstandards
6. Erstellung des elektronischen Qualitätsmanagementhandbuchs inkl. Leitbild, Organisationsstruktur, Prozesse und Dokumente
7. Zertifizierung der Stroke Unit im Dezember 2009

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

1. Beteiligung an der vergleichenden externen Qualitätssicherung Schlaganfall
2. Evaluation des Gesamtprojekts (Patientenzahlen, Anteil der durchgeführten Lysen)
3. Messung door-to-needle-time
4. Etablierung eines Qualitätszirkels

Über die oben dargestellten Projekte hinaus wurden viele weitere spezifische und interdisziplinäre Projekte im Knappschafts Krankenhaus durchgeführt und über Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel eingeführt. An dieser Stelle möchten wir auf die Arbeitsgruppen zum Entlassungsmanagement, Eingriffsverwechslungen im OP, Gestationsdiabetes, Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Einarbeitung neuer Beschäftigter, Wegeleitsystem, Elternschule, Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung, Umweltmanagement, Ethik, Enterale Ernährung, Pflegeleistungen, Krankenhausinformationssystem, Qualitätssicherung, Lungenzentrum, Stroke Unit und Brustzentrum hinweisen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Selbstbewertung und Fremdbewertung nach KTQ und Diabetes

Das wichtigste Verfahren zur Bewertung des Qualitätsmanagements ist für das Klinikum Westfalen die Selbstbewertung und Fremdbewertung des gesamten Hauses nach KTQ.

Im November 2016 wurden alle vier Standorte (Knappschafts Krankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

Bewertet werden die sechs Kategorien:

1. Patientenorientierung im Krankenhaus
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Qualitätsmanagement

Diese Bereiche werden mit Hilfe eines Fragenkataloges in einem dreijährigen Rhythmus einer Selbstbewertung unterzogen. Dazu wurden Beschäftigte zu KTQ-Moderatoren ausgebildet. Sie leiten die Qualitätszirkel, in denen die Selbstbewertung erstellt wird. Den Qualitätszirkeln wird jeweils ein zusammenhängender Teil des Fragenkataloges zur Bearbeitung an die Hand gegeben. Die Qualitätszirkel werden interdisziplinär und interprofessionell mit Beschäftigten so besetzt, dass die zu bewertenden Arbeitsabläufe zum einen aus jeder Sicht beurteilt werden, und zum anderen die notwendigen Fach- und Detailkenntnisse vorhanden sind. Besonderer Wert wird dabei auf die Patientenversorgung gelegt.

Die Selbstbewertung ist eine der Säulen für die Konzeption qualitätsverbessernder Projekte.

Dieser Selbstbewertung folgt die Fremdbewertung nach KTQ durch ein Team von drei unabhängigen KTQ-Visitoren. In einem neuntägigen Audit überprüfen und bewerten diese Spezialisten die in der Selbstbewertung beschriebenen Prozesse. Sie erstellen abschließend eine Fremdbewertung in Form eines Visitationsberichtes und empfehlen die Vergabe des Zertifikates, wenn die Prozesse den Qualitätsstandards entsprechen.

Bewertung des Qualitätsmanagements in den Organzentren

Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund wurde im Jahr 2006 als viertes Darmzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Das Prostatazentrum wurde 2008 als achttes Zentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft in Deutschland zertifiziert. Als weitere organbezogene Zentren wurden das Brustzentrum und Lungenzentrum mit einem umfangreichen Qualitätsmanagement aufgebaut. Die Qualitätsbewertung der Organzentren erfolgt über bundesweite Vergleichszentren auf Basis klar definierter Qualitätsindikatoren.

Bewertung der Qualität durch interne Audits

Um die Qualitätsstandards ständig zu verbessern und zu erhalten, sind systematische interne Kontrollen erforderlich. Für die Arbeitsprozesse im Krankenhaus müssen Kontrollmechanismen hinterlegt sein, die ihrerseits ebenfalls einer Kontrolle unterliegen. In den monatlichen internen systematischen Audits erfolgt eine Bewertung des gesamten Krankenhauses.

Das Qualitätsmanagement und Beauftragte erstellen für dieses Audit einen auf die einzelnen Bereiche zugeschnittenen Fragenkatalog für verschiedene Prozesse. Die Audits haben somit in sich eine organisierende Wirkung. Darüber hinaus werden im Audit die Kompetenzen und Erfahrungen der Beschäftigten genutzt, die aktiv um Verbesserungsvorschläge gebeten werden. Gegenstand der Begehung sind auch die Kenntnisse der Beschäftigten zu bestimmten Prozessen. Abschließend wird ein Auditbericht, Abweichungsprotokolle und eine Aufgabenliste erstellt und intern veröffentlicht, die im Laufe des Jahres abgearbeitet wird. Um spezielle Prozesse noch genauer zu prüfen, wurden für eine Reihe von Arbeitsabläufen und Themengebieten eigene Prozessaudits eingerichtet. Dies betrifft vor allem den Themenkomplex Sicherheit im Krankenhaus. Transfusionsmedizinische Begehungen, Arzneimittelbegehungen, Hygienevisiten, Gefahrstoffaudit, Gefährdungsanalysen am Arbeitsplatz, Brandschutzbegehungen, Arbeitssicherheitsbegehungen und Datenschutzbegehungen werden anhand eigener Checklisten von Fachkräften und Beauftragten durchgeführt und protokolliert. Erkannte notwendige Verbesserungen werden vorgenommen, und auch die jeweiligen Checklisten werden neuen Gegebenheiten angepasst. Die Ergebnisse werden den verantwortlichen Kommissionen mitgeteilt und dort beraten. Dieses System aus internen und externen Begehungen und Kontrollen sichert die bereits vorhandene Qualität und ermöglicht eine stetige Weiterentwicklung.

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

Das Klinikum Westfalen stellt an sich hohe Qualitätsanforderungen und richtet sich intensiv danach aus, die interne Qualität durch externe Audits und Zertifizierungsverfahren überprüfen zu lassen. Dieser Weg führte dazu, dass sich das Klinikum Westfalen zu einem Vorreiter für unterschiedliche Zertifizierungsverfahren entwickelt hat. So erreichte das Knappschaftskrankenhaus Dortmund als erstes Krankenhaus in Dortmund die Qualitätszertifizierung nach KTQ, das Darmzentrum und Prostatazentrum wurden deutschlandweit als Pilotkliniken für die Zertifizierung nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ausgewählt und zertifiziert. Zertifizierungen nach den Vorgaben der ISO, wie z.B. in der Zentralsterilisation runden das Bild der extern geprüften Qualität ab.

Bewertung durch Vergleiche mit anderen Einrichtungen

Eine weitere Methode zur Überprüfung der eigenen Qualität ist der Vergleich mit Anderen. Dieser Vergleich wird gezogen, indem die Befragungsergebnisse aus Mitarbeiter- und Patientenbefragungen durch die beauftragte Firma anonymisierten Befragungsergebnissen anderer Krankenhäuser gegenübergestellt werden. Bei einer solchen Darstellung werden Stärken und Verbesserungspotentiale deutlich und ermöglichen gezielte Maßnahmen. Das Klinikum Westfalen beteiligt sich außerdem aktiv an externen Vergleichen im Darmzentrum, Prostatazentrum, Brustzentrum, Diabetes, Stroke Unit, Wundmanagement,

Umweltmanagement, klinischen Behandlungspfaden und in Abteilungen an Vergleichen mit anderen Einrichtungen. Über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus begreift das Klinikum Westfalen die Qualitätssicherung und -verbesserung als ethische Verpflichtung gegenüber seinen Beschäftigten und Patienten. Daher werden wir auch in Zukunft alles dafür tun, die Qualität unserer Leistungen kritisch zu überprüfen und auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nachhaltig zu verbessern.