



Qualitätsbericht 2015
Klinikum Westfalen GmbH
Knappschafts-Krankenhaus Lütgendortmund

Strukturierter Qualitätsbericht für das
Berichtsjahr 2015
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	21
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	23
B-[1] Klinik für Innere Medizin & Klinik für Altersmedizin	23
B-[2] Klinik für Visceralchirurgie & Klinik für Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie	31
B-[3] Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik	40
B-[4] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	50
C Qualitätssicherung	55
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	55
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	73
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	73
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	73
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	73
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	73
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	73
D Qualitätsmanagement	74
D-1 Qualitätspolitik	74
D-2 Qualitätsziele	80
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	80
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	81
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	85
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	90

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.

Ein Name, vier starke Häuser. Das ist der Leitgedanke, der 2010 zum Zusammenschluss des Knappschaftskrankenhauses Dortmund und der Klinik am Park Lünen-Brambauer. Am 1.1.2013 fusionierte das Klinikum Westfalen mit dem kommunalen Hellmig-Krankenhaus und zum 1.1.2015 mit dem Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund, das dann im Rahmen der Fusion in „Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund“ umbenannt wurde. Als Arbeitgeber mit rund 2.200 Beschäftigten (inklusive der Servicegesellschaften), darunter mehr als 100 Auszubildende, ist das Klinikum Westfalen ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region. Die Knappschaft-Bahn-See, die Städte Lünen und Kamen sowie die Stiftung Volmarstein sind Eigentümer der Klinikum Westfalen GmbH.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschafts-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 Knappschaft-Bahn-See ein starkes Netz leistungsfähiger Akutkrankenhäuser und Kurkliniken, den Sozialmedizinischen Dienst und das Knappschaftsarztsystem. In den Krankenhäusern 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 unserer Organisation.

In 2001 wurde der Grundstein für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) gelegt. Seither wird das QMS stetig weiter entwickelt und trägt durch das Mitwirken aller Beschäftigten zu einer qualitativ noch höheren Patienten- und Mitarbeiterorientierung bei. Wichtige Entwicklungsschritte sind dabei der Aufbau eines zertifizierten Diabetes- und Wundzentrums, die Qualitätszertifizierung - nach den Vorgaben der deutschen Krebsgesellschaft - des Darmzentrums, Prostatazentrums, Brustzentrums, und des Cancer Centers, der Aufbau zweier Endoprothetikzentren, unsere zertifizierte 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.

An den vier Standorten des Klinikum Westfalen erfolgt eine ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung von jährlich mehr als 130.000 Patientinnen und Patienten. Das Behandlungsangebot für die Patienten, die in erster Linie aus dem östlichen Ruhrgebiet, dem Sauerland und dem östlichen Westfalen zur Behandlung kommen, umfasst fast alle Krankheitsbilder.

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. Die Standorte Knappschafts Krankenhaus Dortmund, die Klinik am Park in Lünen und das Hellmig-Krankenhaus in Kamen sind bereits nach dem hohen KTQ-Standard zertifiziert. Eine Verbundzertifizierung mit allen vier Standorten wird im November 2016 erfolgen. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt aller Bemühungen von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltung des Klinikums Westfalen.

Im Klinikum Westfalen können sich die Patientinnen und Patienten sicher und geborgen fühlen. Die KTQ Zertifizierungen sind letztendlich ein wichtiger Meilenstein für die Zukunftssicherung und Standorterhaltung im Klinikum Westfalen, aber auch eine Bestätigung der Beschäftigten in ihrer täglichen Arbeit.

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, sei es als Patient, als einweisender Arzt oder allgemein Interessierter, eine erste Orientierung. 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

Verantwortliche:

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

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

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.klinikum-westfalen.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Unternehmen/Qualitaetsmanagement/index.php?A_highmain=3&A_highsub=4&A_highsubsub=0

Weiterführende Links:

	URL	Beschreibung
1	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Innere_Medizin/index.php	Klinik für Innere Medizin
2	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Altersmedizin/index.php	Klinik für Altersmedizin
3	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Allgemein-,_Viszeral-_und_Unfallchirurgie/index.php	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
4	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Psychiatrie_Psychotherapie/index.php	Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik
5	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Anaesthesie_und_Intensivmedizin/index.php	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin & Klinik für Altersmedizin
2	Hauptabteilung	1500	Klinik für Visceralchirurgie & Klinik für Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie
3	Hauptabteilung	2900	Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik
4	Nicht-Bettenführend	3600	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260590242
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Betriebsleitung Klinikum Westfalen GmbH**• Verwaltungsleitung**

Position: Hauptgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dipl. Verww. Andreas Schlüter
Telefon: 0231 922-1901
Fax: 0231 922-1269
E-Mail: andreas.schlueter@klinikum-westfalen.de



Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt
Telefon: 0231 922-1264
Fax: 0231 922-1269
E-Mail: michael.kleinschmidt@klinikum-westfalen.de



Position: Krankenhausdirektorin
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Betriebswirtin (FH) Susanne Behrendt
Telefon: 0231 922-1570
Fax: 0231 922-1269
E-Mail: susanne.behrendt@klinikum-westfalen.de



Position: Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name: Dipl. Kfm. Stefan Aust M. Sc.
Telefon: 0231 922-1260
Fax: 0231 922-1269
E-Mail: stefan.aust@klinikum-westfalen.de

**• Ärztliche Leitung**

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer
Telefon: 0231 922-1101
Fax: 0231 922-1109
E-Mail: karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de

**• Pflegerische Leitung**

Position: Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name: Matthias Dieckerhoff
Telefon: 0231 922-1801
Fax: 0231 922-1809
E-Mail: matthias.dieckerhoff@klinikum-westfalen.de



Standortleitung Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund

- **Verwaltungsleitung**

Position: Krankenhausleitung
Titel, Vorname, Name: Dipl. -Stat. Christian Scholz
Telefon: 0231 6188-256
Fax: 0231 6188-211
E-Mail: christian.scholz@klinikum-westfalen.de



- **Ärztliche Leitung**

Position: Stellv. Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Thomas Finkbeiner
Telefon: 0231 6188-231
Fax: 0231 6188-712
E-Mail: thomas.finkbeiner@klinikum-westfalen.de



- **Pflegerische Leitung**

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Anette Denzig
Telefon: 0231 6188-336
E-Mail: anette.denzig@klinikum-westfalen.de



Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Christian Scholz, Krankenhausleitung (ab 03.05.2016)
Telefon:	0231 6188 256
Fax:	0231 6188 211
E-Mail:	christian.scholz@klinikum-westfalen.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl. Kfm. Stefan Aust, Krankenhausleitung (bis 02.05.2016)
Telefon:	0231 6188 256
Fax:	0231 6188 211
E-Mail:	stefan.aust@klinikum-westfalen.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Finkbeiner, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0231 6188 231
Fax:	0231 6188 712
E-Mail:	thomas.finkbeiner@klinikum-westfalen.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Annette Denzig, Pflegedienstleitung
Telefon:	0231 6188 336
Fax:	0231 6188 202
E-Mail:	annette.denzig@klinikum-westfalen.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen	
1	260590242

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

Lehrkrankenhaus:	Ja
Name und Ort der Universität:	Standort Dortmund: Ja Ruhr Universität Bochum RUB

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	Atemgymnastik/-therapie
3	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
5	Bewegungsbad/Wassergymnastik
6	Sporttherapie/Bewegungstherapie
7	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
8	Diät- und Ernährungsberatung
9	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
10	Ergotherapie/Arbeitstherapie
11	Manuelle Lymphdrainage
12	Medizinische Fußpflege
13	Physikalische Therapie/Bädertherapie
14	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
15	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
16	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
17	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
18	Schmerztherapie/-management
19	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
20	Spezielle Entspannungstherapie
21	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
22	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
23	Stomatherapie/-beratung
24	Wärme- und Kälteanwendungen
25	Wundmanagement
26	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Auszeichnung als Selbsthilfe-freundliches Krankenhaus durch die Organisation Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Krankenhaus NAKOS
27	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
28	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
29	Sozialdienst
30	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
31	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk "Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern" KAPDO
32	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
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 Kosten pro Tag: 2,4 € ab dem 01.01.2015 Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt.Mobilfunknetze)
8	Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 2,4 € ab dem 01.01.2015 Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt.Mobilfunknetze)
9	Telefon am Bett Kosten pro Tag: 2,4 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 € ab dem 01.01.2015 Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt.Mobilfunknetze)
10	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 8 € über 100 Parkplätze stehen zur Verfügung
11	Schwimmbad/Bewegungsbad
12	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
13	Seelsorge
14	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
15	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
16	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details: Diverse Angebote Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Individuelle Anpassung der Kostform in Absprache mit der Küchenhostess
17	Andachtsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
3	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
4	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	Besondere personelle Unterstützung
6	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
7	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
8	Arbeit mit Piktogrammen
9	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
11	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
12	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
13	Allergenarme Zimmer
14	Diätetische Angebote
15	Dolmetscherdienst Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch
16	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
---	---

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen

1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
3	Ergotherapeut und Ergotherapeutin

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 291

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 6548

Teilstationäre Fallzahl: 208

Ambulante Fallzahl: 12653

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Personal	#	Wö. AZ	+BV	-BV	Amb.	Stat.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	34,93	42	34,93	0	6,7	28,23
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	17,29		17,29	0	1,68	15,61
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					
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

Personal / Ohne FA-Zuordnung	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5				
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	100,27 0	100,27 0	0 0	8,01 0	92,26 0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,07 0	8,07 0	0 0	0 0	8,07 0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	22,63 0	22,63 0	0 0	0 0	22,63 0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,93 0	1,93 0	0 0	0 0	1,93 0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0 0	0 0	0 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	8,12 0	8,12 0	0 0	0 0	8,12 0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	29,87 0	29,87 0	0 0	0 0	29,87 0

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

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,5	0,5	0	0	0,5
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0	0	0	0	0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	6,5	6,5	0	3,5	3
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)	1,8	1,8	0	0	1,8
Ergotherapeuten	8,3	8,3	0	1	7,3
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	1,6	1,6	0	0	1,6
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	5,4	5,4	0	1	4,4

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.
Diätassistent und Diätassistentin	1	1	0	0	1
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	9,37	9,37	0	0	9,37
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	1	1	0	0	1

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 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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: quartalsweise

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 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, 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 Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW GF Chancen- und Risikomanagement - SOP Letzte Aktualisierung: 28.07.2016
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement

Instrument bzw. Maßnahme	
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung; Einsatz- und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 01.06.2016
5	Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie - VA Letzte Aktualisierung: 17.02.2015
6	Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Sturzprophylaxe - VA Letzte Aktualisierung: 22.07.2015
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK PD Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - ED Letzte Aktualisierung: 12.10.2015
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA Letzte Aktualisierung: 12.10.2015
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK MP Meldung Vorkommnisse bei MP - VA Letzte Aktualisierung: 20.09.2016
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Vier Augen Prinzip, AiD "ArzneimittelInformationsDienst" Letzte Aktualisierung: 23.10.2015
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA Letzte Aktualisierung: 19.08.2016
15	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Tätigkeiten im Aufwachraum - AA Letzte Aktualisierung: 02.04.2016
16	Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung Letzte Aktualisierung: 01.01.2015

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 einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 02.01.2015
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Intervall: monatlich
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Intervall: monatlich

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: Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Hygienepersonal	Anzahl
1	Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1
2	Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4
3	Hygienefachkräfte (HFK)	1
4	Hygienebeauftragte in der Pflege	18

Hygienekommission:

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Chirurgischen Klinik
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
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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	ZuZeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	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 Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Teilweise

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: Nein

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 Name: "MRE-Netzwerk" UnnaArbeitskreis "Hygiene und Infektionsschutz" Dortmund (ab 01.01.2015)
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Zertifizierte ZSVA am Standort Brackel nach DIN EN ISO 13485 & DIN EN ISO 9001
4	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)
5	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 type="checkbox"/>	DEVICE-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 type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
2	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
3	Einweiserbefragungen	Ja
4	Patientenbefragungen	Ja
5	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten_Besucher/Lob_und_Kritik/index.php?highmain=7&highsub=0&highsubsub=0 Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenfürsprecher finden Sie auf der Website.	Ja
6	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
7	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
8	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
9	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
10	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Michaela Stratmann, Sekretariat Geschäftsführung
Telefon:	0231 6188 300
Fax:	0231 6188 211
E-Mail:	Michaela.stratmann@klinikum-westfalen.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Marianne Wendzinski, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0231 6188 224
Fax:	
E-Mail:	marianne.wendzinski@klinikum-westfalen.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
2	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
3	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
4	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Innere Medizin & Klinik für Altersmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin & Klinik für Altersmedizin
Straße:	Volksgartenstr.
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Altersmedizin/ index.php

Klinik für Innere Medizin



Chefarzt
Dr. med. Rainer Walkenhorst

Klinik für Altersmedizin



Chefarzt
Dr. med. Martin Haas

Klinik für Innere Medizin

Die Behandlungsstatistik unserer Abteilung weist ein großes Spektrum von Krankheitsbildern der gesamten Inneren Medizin aus. Erfahrene Fachärzte, Krankenschwestern und Pfleger, Physiotherapeuten, Diätberater aus unserem Ernährungsteam, wie auch Mitarbeiter des Sozialdienstes oder 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. Schon im Vorfeld werden wir Ihnen einige wichtige Informationen zu unserem Tätigkeitsspektrum geben.

Ihr
Dr. Rainer Walkenhorst mit dem Team der Inneren Medizin

Klinik für Altersmedizin

Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Klinik für Altersmedizin am Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund. Auf den folgenden Seiten möchte ich Ihnen Einblicke in unser Leistungsspektrum sowie unser Personal geben.

Unser Ziel ist es, gemeinsam mit Ihnen, Ihren Aufenthalt bei uns so heilsam wie möglich zu gestalten. Auch wenn Sorgen und Unsicherheit nach schweren Erkrankungen Sie und Ihre Familie belasten: Wir werden Ihnen helfen und Sie dabei unterstützen, den Weg zurück in die Selbstständigkeit wieder aufzunehmen. Gerne stehen wir für Ihre Fragen zur Verfügung.

Ihr Dr. med. Martin Haas mit der Team der Altersmedizin

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Rainer Walkenhorst, Chefarzt Klinik für Innere Medizin (ab 01.08.2015)
Telefon:	0231 6188 298
Fax:	0231 6188 359
E-Mail:	rainer.walkenhorst@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Haas, Chefarzt Klinik für Altersmedizin
Telefon:	0231 6188 297
Fax:	0231 6188 359
E-Mail:	martin.haas@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Jörn-Eike Scholle, Chefarzt Klinik für Innere Medizin (bis 31.07.2015)
Telefon:	0231 6188 298
Fax:	0231 6188 359
E-Mail:	joern.scholle@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 1:**

In unserer Endoskopieabteilung erwarten Sie freundliche, fachkompetente, speziell für die Endoskopie weitergebildete Krankenschwestern. Für das gesamte Endoskopieteam 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.

Weitere Schwerpunkte der Abteilung liegen in den Bereichen :

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

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 von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	Intensivmedizin
9	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

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

Vollstationäre Fallzahl:	2806
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	251
2	E86	Flüssigkeitsmangel	178
3	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	157
4	K29.6	Sonstige Gastritis	137
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	117
6	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	105
7	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	69
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	68
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	48
10	N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen	32
11	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	32
12	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	30
13	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	30
14	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	27
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	26
16	K63.5	Polyp des Kolons	25
17	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	24
18	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	23
19	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	22
20	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	21
21	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	21
22	D62	Akute Blutarmut aufgrund einer Blutung	20
23	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	20
24	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	19
25	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	18
26	T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	17
27	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	17
28	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	17
29	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	17
30	N30.0	Akute Zystitis	16

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	261
2	E86	Flüssigkeitsmangel	178
3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	166
4	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	141

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
5	I50	Herzschwäche	114
6	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	93
7	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	82
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	68
9	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	54
10	N17	Akutes Nierenversagen	41

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1278
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	594
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	513
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	502
5	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	387
6	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	234
7	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	222
8	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	221
9	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	219
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	189
11	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	145
12	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	139
13	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	107
14	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	105
15	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	104
16	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	102
17	5-452.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	95
18	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	90
19	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	88
20	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	83
21	8-132.0	Manipulationen an der Harnblase: Instillation	81

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
22	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	79
23	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	73
24	8-701	Einfache endotracheale Intubation	69
25	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	64
26	5-493.1	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Sklerosierung	60
27	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	58
28	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	52
29	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	49
30	5-452.22	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	43

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1278
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	936
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	644
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	513
5	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	309
6	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	227
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	224
8	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	192
9	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	142
10	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	113

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	625
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	200
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	≤5

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

Personal	#	Wö. AZ	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,24	42	8,24	0	1,36	6,88	407,849
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,6		3,6	0	0,67	2,93	957,679
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0						0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung
B-[1].11.2 Pflegepersonal

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	51,5	51,5	0	0	51,5	54,4854
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,59	3,59	0	0	3,59	781,616
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	13,74	13,74	0	0	13,74	204,221
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,46	1,46	0	0	1,46	1921,92

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,28	11,28	0	0	11,28	248,759

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

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

B-[1].11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0	0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0	0	0	0	0	0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0	0	0	0	0	0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0	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	0
Ergotherapeuten	0 ¹⁾	0	0	0	0	0

¹⁾ Im Haus sind 9,37 VK verfügbar.

²⁾ Im Haus sind 8,43 VK verfügbar.

B-[2] Klinik für Visceralchirurgie & Klinik für Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Visceralchirurgie & Klinik für Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie
Straße:	Volksgartenstr.
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Allgemein_und_Viszeralchirurgie/index.php

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie



Chefarzt
Dr. med. Björn Schmitz

Wir heißen Sie ganz herzlich willkommen in der Klinik für Allgemein, Viszeral- und Unfallchirurgie am Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund im Verbund des Klinikums Westfalen.

Es ist uns ein großes Anliegen, dass Sie sich, ob als Patient, Angehöriger oder Besucher bei uns wohlfühlen und einen angenehmen Aufenthalt in unserem Krankenhaus erfahren. Eine individuelle, familiäre Betreuung bei gleichzeitig professioneller Therapie mit modernsten Behandlungsmethoden ist unsere Stärke in Lütgendortmund.

Ihr Dr. med. Björn Schmitz mit dem Team der Chirurgischen Klinik

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Björn Schmitz, Chefarzt Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie ab 01.04.2016
Telefon:	0231 6188 248
Fax:	0231 6188 358
E-Mail:	bjoern.schmitz@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Ullrich Borutha, Chefarzt bis 31.03.2016
Telefon:	0231 6188 248
Fax:	0231 6188 358
E-Mail:	ullrich.borutha@klinikum-westfalen.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

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

Bei unserem gesamten Leistungsspektrum liegt der Schwerpunkt auf der minimal-invasiven Chirurgie (Schlüssellochchirurgie), d. h. möglichst viele unserer Operationen werden endoskopisch durchgeführt.

Hierdurch lassen sich schnellere, beschwerdeärmere Heilungsverläufe und bessere kosmetische Ergebnisse erzielen.

Verletzungen bei alten Menschen behandeln wir in enger Zusammenarbeit mit unserer Klinik für Altermedizin. Im Rahmen dieser Kooperation stellen wir auch sicher, dass Patienten nach ihrer Entlassung qualifiziert weiterversorgt werden.

Im Bereich der Sportmedizin verfügt Chefarzt Dr. Björn Schmitz über eine große Erfahrung in der Betreuung und medizinischen Versorgung von Profisportlern (u.a. Spielern des BVB und des VfL Bochum), da er lange Zeit in der Abteilung für Sportmedizin in unserem Knappschafts Krankenhaus in Dortmund-Brackel tätig war. Davon profitieren selbstverständlich auch Amateur- und Freizeitsportler.

Unser Leistungsangebot im Bereich Unfallchirurgie

- alle Arten von Knochenbrüchen
- Verletzungen bei alten Menschen (Alterstraumatologie)
- Sportverletzungen (Sportmedizin)

Unser Leistungsangebot im Bereich Allgemein- und Viszeralchirurgie

- Schilddrüsen-Operationen
- Schlüsselloch-Operationen an Speiseröhre, Magen, Darm und Enddarm
- Operationen bei Leisten-, Bauchwand und Narbenbrüche (Hernien)
- Gallenblasen-Operationen
- Operationen an Leber und Milz
- Endarm-Operationen (Fisteln, Hämorrhoiden, Schließmuskelschwäche)

Medizinische Leistungsangebote	
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Arthroskopische Operationen
4	Chirurgische Intensivmedizin
5	Notfallmedizin
6	Endokrine Chirurgie
7	Magen-Darm-Chirurgie

Medizinische Leistungsangebote

8	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
9	Tumorchirurgie
10	Portimplantation

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

siehe bitte Punkt A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl: 2239

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	158
2	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	92
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	87
4	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	66
5	M25.61	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	57
6	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	54
7	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	51
8	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	47
9	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	41
10	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	39
11	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	38
12	M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	28
13	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28
14	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	28
15	M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]	25
16	K60.3	Analfistel	23
17	M94.86	Sonstige näher bezeichnete Knorpelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	22
18	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	22
19	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	20
20	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	18
21	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	17

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	17
23	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	16
24	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	16
25	T85.82	Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	15
26	M25.66	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	15
27	K61.0	Analabszess	15
28	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	15
29	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
30	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	14

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterverletzung	256
2	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	140
3	M25	Sonstige Gelenkrankheit	86
4	K40	Leistenbruch (Hernie)	84
5	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	83
6	K80	Gallensteinleiden	80
7	C44	Sonstiger Hautkrebs	67
8	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	67
9	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	57
10	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	53

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	421
2	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	280
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	130
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	90
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	87
6	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	86
7	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	84
8	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	82
9	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	82
10	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	75

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	75
12	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	71
13	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	69
14	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	69
15	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	64
16	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	64
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	63
18	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	63
19	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal	62
20	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	61
21	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humero-glenoidalgelenk	58
22	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	54
23	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsio-lyse: Laparoskopisch	53
24	5-932.02	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Mit Titanbeschichtung	52
25	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	51
26	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	50
27	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	49
28	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsio-lyse: Offen chirurgisch	49
29	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	46
30	8-210	Brisement force	45

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	421
2	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	377
3	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	276
4	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	221
5	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	167

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
6	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	148
7	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	145
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	130
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	120
10	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	111

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1
Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	≤5
2	5-531	Operativer Verschluss eines Schenkelbruchs (Hernie)	≤5
3	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	≤5
4	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	≤5
5	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	≤5
6	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	≤5
7	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	≤5
8	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	≤5

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

Personal	#	Wö. AZ	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,2		9,2	0	0,79	8,41	266,231
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,02		6,02	0	0,39	5,63	397,691
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0						0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[2].11.2 Pflegepersonal**

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,01	8,01	0	8,01	0	0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,81	1,81	0	0	1,81	1237,02
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,52	2,52	0	0	2,52	888,492
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,46	3,46	0	0	3,46	647,11

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Operationsdienst

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

Zusatzqualifikationen	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Notaufnahme
5	Schmerzmanagement
6	Dekubitusmanagement
7	Sturzmanagement

B-[3] Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik
Straße:	Volksgartenstr.
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/ Psychiatrie_Psychotherapie/index.php

Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie



Chefarzt

Dr. med. Thomas Finkbeiner

Heute sind psychische Krankheiten und auch schwere Lebenskrisen kein Anlass mehr zu resignieren. Vielfältige Behandlungsmöglichkeiten bieten die aussichtsreiche Chance der Heilung oder zumindest Linderung auch bei langwierigem Krankheitsverlauf oder extremen Lebensschicksal.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie werden sowohl in der stationären Behandlung als auch in der Tagesklinik moderne Wege der psychiatrischen Betreuung und Behandlung beschritten.

88 stationäre Betten stehen rund um die Uhr für die Notfall- und die Regelversorgung im Dortmunder Westen zur Verfügung. 30 tagesklinische Therapieplätze und die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ergänzen das Versorgungsangebot einer gemeindenahen psychiatrischen Klinik.

Die Verbindung von Sozialpsychiatrie, Psychotherapie und moderner Psychopharmakotherapie bildet die Grundlage unseres Handelns.

Durch die engen Kooperationen mit psychosozialen Institutionen der Region, dem Krisenzentrum in Dortmund-Hörde, dem Institut für Psychologische Psychotherapie in Bochum und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen gelingt die Realisierung einer angenehmen konstruktiven Atmosphäre für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.

Akute Lebenskrisen, Depressionen, Angsterkrankungen und andere seelische Krankheiten wie Psychosen stellen relevante Krankheitsbilder dar, auf die unsere Therapieangebote zugeschnitten sind.

Aber auch Menschen mit Gedächtnisstörungen oder Abhängigkeiten von Alkohol oder Medikamenten bieten wir ein individuelles und umfassendes medizinisches und psychologisches Therapieprogramm an.

Wir verwirklichen ein offenes Handlungsmilieu, das Schwellenängste nimmt und auf geschlossene Türen verzichtet.

Unter Berücksichtigung des Lebensumfeldes, der zeitlichen Ressourcen und der gesunden Persönlichkeitsanteile wird der persönliche Therapieplan festgelegt.

Die enge Kooperation mit den anderen Kliniken des Klinikums Westfalen bietet eine hohe diagnostische Sicherheit bei der Abklärung körperlicher und psychischer Krankheiten. Durch die intensive Zusammenarbeit mit den anderen Kliniken leisten wir einen Beitrag zur Gleichstellung körperlich und psychisch kranker Menschen.

Ihr Dr. Thomas Finkbeiner mit dem Team der Klinik für Psychiatrie

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Finkbeiner, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Psychiatrie, Psychotherapie & Tagesklinik
Telefon:	0231 6188 231
Fax:	0231 6188 357
E-Mail:	thomas.finkbeiner@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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
9	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
11	Spezialsprechstunde
12	Psychoonkologie
13	Psychiatrische Tagesklinik

Unser Behandlungsspektrum

- Depression
- Angsterkrankungen
- akute Krisenintervention (z.B. bei Suizidalität oder affektiven Erkrankungen)
- Burn-out-Syndrom
- neurotische Erkrankungen
- Psychosen aus dem schizophrenen Formkreis
- Demenzerkrankungen
- dissoziative Störungen
- somatoforme Störungen (körperliche Funktionsstörungen, Schmerzsyndrome)
- Persönlichkeitsstörungen
- Suchterkrankungen, insbesondere Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit
- Anpassungsstörungen

Behandlung ambulant

In der Institutsambulanz werden bei Erstkontakten zeitnah Therapiepläne erstellt, stationäre Behandlungen vermieden oder nachstationäre kontinuierliche Therapien durchgeführt. Vier Fachärzte, zwei Psychologen, ein Sozialarbeiter und vier Arzthelferinnen stehen hier **werktags von 08:00 Uhr bis 16:30 Uhr (freitags bis 15:00 Uhr)** für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung.

Bitte verabreden Sie unter Tel.: 0231 6188-206 einen Termin.

Angegliedert an die Institutsambulanz ist die ambulante Ergotherapie (Kassenzulassung bei psychischen Erkrankungen gemäß Heilmittelverordnung).

Behandlung in der Tagesklinik

Die Tagesklinik bietet **werktags von 08:00 Uhr bis 16:30 Uhr** ein psychiatrisches und psychotherapeutisches Therapieprogramm an. Sie stellt die angemessene Behandlungsform dar, wenn die ambulante Behandlung nicht ausreicht, aber eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Die Patienten können die therapiefreie Zeit in ihrer häuslichen Umgebung verbringen. So können stärkende und stützende, aber auch konfliktreiche Elemente der sozialen Kontakte und Bezüge besonders gut in die Therapie integriert werden. Selbstständigkeit wird gefördert.

Bitte verabreden Sie unter Tel.: 0231 6188-237 einen Termin für ein ambulantes Vorgespräch.

Behandlung stationär

Einen Aufnahmetermin erhalten Patienten – außer bei Notfällen – von ihrem einweisenden Arzt, der Psychiatrischen Institutsambulanz, der Psychiatrischen Notfallambulanz und dem Dienstarzt. Bei persönlicher Anmeldung wird der Aufnahmetermin über eine organisierte Warteliste der jeweiligen Station festgelegt.

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

siehe bitte Punkt A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	1503
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	400
2	F20.0	Paranoide Schizophrenie	192
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	190
4	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	156
5	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	45
6	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	36
7	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	30
8	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	29
9	F06.3	Organische affektive Störungen	27
10	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	27
11	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	27

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	26
13	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	26
14	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	21
15	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	20
16	F43.2	Anpassungsstörungen	19
17	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	16
18	F05.1	Delir bei Demenz	15
19	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	12
20	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	10
21	F20.2	Katatone Schizophrenie	10
22	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	8
23	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	7
24	F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	7
25	F20.1	Hebephrene Schizophrenie	7
26	F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	7
27	F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	6
28	F41.1	Generalisierte Angststörung	6
29	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	6
30	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	≤5

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	459
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	232
3	F20	Schizophrenie	210
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	190
5	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	75
6	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	55
7	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	52
8	G30	Alzheimer-Krankheit	37
9	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z. B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	33
10	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	27

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	2063
2	9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	1934
3	9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	1325
4	9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	1210
5	9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung)	768
6	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	573
7	9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	570
8	9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	553
9	9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	285
10	9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A2 (Intensivbehandlung)	220
11	8-630.3	Elektrokrampftherapie [EKT]: Therapiesitzung	210
12	9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)	205
13	9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	183
14	9-605.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	179

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
15	9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S1 (Regelbehandlung)	174
16	9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)	169
17	9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	166
18	9-981.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S2 (Intensivbehandlung)	134
19	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	131
20	9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	106
21	9-615.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	97
22	9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G2 (Intensivbehandlung)	91
23	9-615.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	76
24	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	71
25	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch (AEP)	63
26	9-606.4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten: mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche	56
27	9-614.11	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit mehr als 2 bis 4 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	50
28	9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	48
29	9-615.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	44

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
30	9-605.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	36

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-606	Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	4229
2	9-605	Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	2748
3	9-604	Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, ohne Angabe der Therapieeinheiten pro Woche	1210
4	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	1193
5	9-614	Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen	712
6	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	573
7	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	308
8	9-615	Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen	284
9	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen	260
10	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie	222

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Personal	#	Wö. AZ	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,02		9,02	0	4,51	4,51	333,259
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,2		1,2	0	0,6	0,6	2505
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0						0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Neurologie
2	Psychiatrie und Psychotherapie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Geriatric
3	Psychotherapie – fachgebunden –
4	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5					
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	35,26	35,26	0	0	35,26	42,6262
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,67	2,67	0	0	2,67	562,921
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	6,37	6,37	0	0	6,37	235,95
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,47	0,47	0	0	0,47	3197,87

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,93	11,93	0	0	11,93	125,985

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Psychiatrische Pflege

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

Zusatzqualifikationen	
1	Geriatric
2	Praxisanleitung
3	Wundmanagement
4	Dekubitusmanagement

B-[3].11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,5	0,5	0	0	0,5	3006
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0	0	0	0	0	0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	6,5	6,5	0	3,5	3	501
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0	0	0	0	0	0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	1,8	1,8	0	0	1,8	835
Ergotherapeuten	8,3	8,3	0	1	7,3	205,89
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	1,6	1,6	0	0	1,6	939,375
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	5,4	5,4	0	1	4,4	341,591

B-[4] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Straße:	Volksgartenstraße
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/ Anaesthesie_und_Intensivmedizin/index.php

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin



Chefarzt
Dr. med. Uwe Reder

Wir begrüßen Sie herzlich in der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen gern das Team unserer Abteilung vorstellen und Ihnen einen kleinen Einblick in unser Leistungsspektrum verschaffen. Neben der Durchführung aller modernen Anästhesieverfahren werden bei uns auch perioperative Schmerzzustände behandelt. Zu unseren Aufgaben gehört außerdem die Behandlung schwerer Erkrankungen auf der Intensivstation.

Sollte Ihnen eine Operation bevorstehen, so finden Sie auf den folgenden Seiten einige Informationen, mit denen wir Ihnen den Aufenthalt in unserer Klinik ein wenig erleichtern möchten.

Unser Team wird versuchen, Ihnen die Angst zu nehmen und die Behandlung so angenehm wie möglich zumachen. Wir wünschen Ihnen gute Besserung und einen unkomplizierten und raschen Heilungsverlauf.

Ihr

Dr. Uwe Reder mit dem Team der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3600) Intensivmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Uwe Reder, Chefarzt
Telefon:	0231 6188 421
Fax:	
E-Mail:	uwe.reder@klinikum-westfalen.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge**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

Unser Leistungsspektrum reicht von der ambulanten Narkose bis zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung:

- Allgemeinnarkosen
- Intubationsnarkosen - u.a. Bronchioskopische Intubation und Lungenbeatmung mittels Doppel-Lumentubus
- Maskennarkosen - Larynxmasken/ Larynxtuben-Narkosen
- Rückenmarksnahe Regionalnarkosen
- Lokale und regionale Nervenblockaden (z. B. Arm-Plexus-Narkosen mit und ohne Katheter)
- Rückenmarksnahe Kathetereinlagen zur speziellen Schmerztherapie mittels PCA-Pumpe
- Allgemeine Schmerztherapie
- Intensivmedizin der operativen Patienten inkl. intensivmedizinischer Maßnahmen wie z.B.
- Tracheotomie, Thorax-Drainagen und Sepsis-Therapie
- Transfusionsmanagement von Blutprodukten

Medizinische Leistungsangebote	
1	Notfallmedizin
2	Intensivmedizin

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

siehe bitte Punkt A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Keine bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit.

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit.

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit.

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Keine bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit.

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

Personal	#	Wö. AZ	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,47		7,47	0	0,04	7,43	0
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,47		5,47	0	0,02	5,45	0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0						0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
1	Anästhesiologie
2	Transfusionsmedizin

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Intensivmedizin

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Personal	#	+BV	-BV	Amb.	Stat.	F/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,5	1,5	0	0	1,5	0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,12	8,12	0	0	8,12	0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,2	3,2	0	0	3,2	0

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst

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

Zusatzqualifikationen	
1	Schmerzmanagement

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

C-1.1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für: "Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund, Klinikum Westfalen GmbH"

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Ambulant erworbene Pneumonie	198	100
2	Dekubitusprophylaxe	227	100
3	Gynäkologische Operationen	4	100
4	Herzschrittmacher-Implantation	6	100
5	Hüftendoprothesenimplantationen	49	93,9
6	Hüftendoprothesenversorgung	54	96,3
7	Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	6	100
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur	6	100
9	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	< 4	< 4
10	Knieendoprothesenimplantationen	72	100
11	Knieendoprothesenversorgung	80	95
12	Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	8	62,5
13	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	37	97,3

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	Dauer der Operation	
	Kennzahl-ID	52128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
	Vertrauensbereich	-

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	86,35
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,1 % - 86,59 %
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
2 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	52341
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich	<= 2,38 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,08 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig
3 Erreichen des Eingriffsziels bei allen durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI) unter Ausschluss von Patienten mit Herzinfarkt	
Kennzahl-ID	52333
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	72,7 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	43,44 % - 90,25 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	94,89
Referenzbereich	>= 89,75 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,79 % - 94,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	11
Grundgesamtheit	11
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

4 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	52342
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	<= 2,05 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden
5 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
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,01
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
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
6 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
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	82,3 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↘ verschlechtert
Vertrauensbereich	76,41 % - 87,01 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	98,17
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,12 % - 98,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	198
Grundgesamtheit	198

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	↻ unverändert
7 Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	79,5
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert
Vertrauensbereich	68,83 % - 87,13 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	92,46
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,31 % - 92,6 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	58
Erwartete Ereignisse	73
Grundgesamtheit	73
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
8 Dauer der Operation	
Kennzahl-ID	52129
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	88,03
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	87,65 % - 88,4 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig
9 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
Kennzahl-ID	1100
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,36
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,28 % - 1,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	6
Grundgesamtheit	6
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,86
	Referenzbereich	<= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,79 % - 0,93 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	6
	Grundgesamtheit	6
	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

11	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
	Kennzahl-ID	52311
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	1,5
	Referenzbereich	<= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,42 % - 1,59 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	6
	Grundgesamtheit	6
	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 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	0 % - 43,54 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	<= 3,94 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	6
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 nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	13,36
Referenzbereich	<= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	12,87 % - 13,86 %
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
14 Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	3,59
Referenzbereich	<= 8,52 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,47 % - 3,7 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4
Grundgesamtheit	4

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

15 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,53
Referenzbereich	<= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,41 % - 1,66 %
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

16 Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung: Anteil ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	52256
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	32,23
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	32 % - 32,45 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17 Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²)	
Kennzahl-ID	50749
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	20,02
Referenzbereich	<= 43,65 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,88 % - 20,17 %
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

18 Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung aufgrund von symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße	
Kennzahl-ID	52331
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	54,6
Referenzbereich	>= 24,18 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	54,41 % - 54,78 %
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
19 Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)	
Kennzahl-ID	52332
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	90,83
Referenzbereich	>= 80,56 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,56 % - 91,09 %
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
20 Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm²)	
Kennzahl-ID	12775
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	23,71
Referenzbereich	<= 51,89 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	23,25 % - 24,17 %
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
21 Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²)	
Kennzahl-ID	12774
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	21,25
Referenzbereich	<= 43,92 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	21,13 % - 21,37 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	17
Grundgesamtheit	17
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

22	Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel	
	Kennzahl-ID	51405
	Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
	Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	7,38
	Referenzbereich	<= 18,12 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	7,31 % - 7,46 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	17
	Grundgesamtheit	17
	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

23	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel	
	Kennzahl-ID	51407
	Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	25 %
	Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Vertrauensbereich	10,18 % - 49,5 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	15,54
	Referenzbereich	<= 33,22 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,41 % - 15,67 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	16
	Grundgesamtheit	16

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

24 Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel	
Kennzahl-ID	51406
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	20,44
Referenzbereich	<= 45,50 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	20 % - 20,88 %
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

25 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung	
Kennzahl-ID	416
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,41
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,37 % - 1,44 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)	
Kennzahl-ID	417
Leistungsbereich	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	3,04
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,99 % - 3,11 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27 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
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	99 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	96,28 % - 99,71 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,72
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,64 % - 95,79 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	190
Erwartete Ereignisse	192
Grundgesamtheit	192
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 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben	
Kennzahl-ID	52008
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,6 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,4
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,39 % - 0,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	6497
Grundgesamtheit	6497
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	1,2
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	<= 2,11 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	29
Grundgesamtheit	6497
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

30 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades/der Kategorie 2 erwarben	
Kennzahl-ID	52326
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,3 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,32
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,32 % - 0,33 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	6497
Grundgesamtheit	6497
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erwarben	
Kennzahl-ID	52327
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,2 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,06
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	6497
Grundgesamtheit	6497
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32 Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	91,33
Referenzbereich	>= 78,37 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	91,02 % - 91,64 %
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

33 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	1,5
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	1,21 % - 1,93 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,03
Referenzbereich	<= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,04 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	33
Grundgesamtheit	198
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

34 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
Kennzahl-ID	11878
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	25,8
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Vertrauensbereich	20,17 % - 32,27 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	12,97
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,84 % - 13,1 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	198
Grundgesamtheit	198
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35 Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)	
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	82,9
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
Vertrauensbereich	76,96 % - 87,56 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,86
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	97,8 % - 97,92 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	160
Erwartete Ereignisse	193
Grundgesamtheit	193
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36 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
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	92,6 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	87,5 % - 95,71 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,55
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,47 % - 95,63 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	150
Erwartete Ereignisse	162
Grundgesamtheit	162
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
37 Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung	
Kennzahl-ID	2036
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	95,7 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	89,56 % - 98,33 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,83
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,76 % - 97,9 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	94
Grundgesamtheit	94
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

38 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
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	96,9
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	91,3 % - 98,94 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	94,73
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	94,62 % - 94,84 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	97
Grundgesamtheit	97
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 Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)	
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,45
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	95,03 % - 95,83 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40 Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage	
Kennzahl-ID	2015
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	99,3 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	96,34 % - 99,88 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	98,73
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,68 % - 98,78 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	150
Erwartete Ereignisse	151
Grundgesamtheit	151
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

41 Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID	2012
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	83,18 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,8
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,61 % - 96,97 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	19
Grundgesamtheit	19
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

42 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
Vertrauensbereich	75,75 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,34
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,26 % - 95,42 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	12
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,93
Referenzbereich	<= 5,11 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,08 %
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
44 Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	50017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,8
Referenzbereich	<= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,71 % - 0,91 %
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
45 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	
Kennzahl-ID	50004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,82
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,54 % - 94,08 %
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

46 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	
Kennzahl-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,08
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	94,83 % - 95,32 %
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

47 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalaussschlags der Sonden	
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,15
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,28 %
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

48 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
Kennzahl-ID	50020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,58
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,5 % - 0,68 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vertrauensbereich	-
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,77
Referenzbereich	<= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,67 % - 0,87 %
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

*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de

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

<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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	23
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	0
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	0

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

D Qualitätsmanagement

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 spezifische Leitbilder und eine Qualitätspolitik in den letzten Jahren für die Bereiche Pflege, Umweltmanagement, Wundkompetenzzentrum WKZ®, Darmzentrum, Prostatazentrum, Diabeteszentrum, Lungenzentrum, Schlaganfalleinheit 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, offene 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 Klinikums Westfalen
- Durchführung von Selbstbewertungsverfahren im Rahmen der jeweils angestrebten Zertifizierungen
- Planung sowie Unterstützung von Patienten,- 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 und 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 gemeldet.

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 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 Behandlungsabläufe und 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 Behandlungsabläufe und 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 von erforderlichen 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 und Beschäftigten und einweisender 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 von 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 Begehung vor Ort die Umsetzung der Arbeitsprozesse und deren Qualität überprüft. Im Knappschafts Krankenhaus 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 Patient 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 Audit durch akkreditierte Qualitätszertifizierungsunternehmen.

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, 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 Qualitätsmanagement 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 organisiert sind beispielsweise die Bereiche Hygiene, Medizincontrolling, Transfusionswesen, Brand- und Katastrophenschutz, Arbeitssicherheit, Gefahrstoffe, Umweltmanagement und Datenschutz.

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 CIRIS, 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, so genannte 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 dem 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 oder 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 Knappschafts Krankenhaus 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 Knappschafts Krankenhauses 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 Knappschafts Krankenhaus Dortmund und wurde Mitte 2010 als erstes Onkologisches Zentrum in Nordrhein Westfalen ohne Abweichung zertifiziert.

Ziel

Das Ziel des Knappschafts Krankenhauses Dortmund 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 onkologischen 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 Krankenhauses Dortmund 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 Knappschafts Krankenhaus 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 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 nach QMKD.

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 Diabeteserkrankten Menschen nachhaltig zu verbessern.

Diesem Qualitätsanspruch stellte sich das Knappschafts Krankenhaus 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 weiter auszubauen
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 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 – Handbuches
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 Knappschafts Krankenhaus Dortmund werden seit vielen Jahrzehnten Patienten mit einem Schlaganfall akut behandelt. Zunehmend hat die Versorgung von Schlaganfallpatienten in den letzten Jahren eine Spezialisierung durch neurologischen Kliniken erfahren, was zum bundesweiten Aufbau von stationären Schlaganfallspezialeinheiten (Stroke Units) in Krankenhäuser 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 Patienten mit einem Schlaganfall versorgt werden muß. Da das Knappschafts Krankenhaus 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 im Knappschafts Krankenhaus Dortmund eine Stroke Unit 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 gem. 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 Qualitätsmanagementhandbuches 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, Eingriffsverwechselungen im OP, Gestationsdiabetes, Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Einarbeitung neuer Beschäftigter, Wegeleitsystem, Elternschule, Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung, Umweltmanagement, Ethik, Enterale Ernährung, Pflegetätigkeiten, 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 Knappschafts Krankenhaus 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 an Hand 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 das Klinikum Westfalen sich zu einem Vorreiter für unterschiedliche Zertifizierungsverfahren entwickelt hat. So erreichte das Knappschafts Krankenhaus 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.