



Qualitätsbericht 2016
Klinikum Westfalen GmbH
Hellmig-Krankenhaus Kamen

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

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	3
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-0 Fachabteilungen	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	16
A-10 Gesamtfallzahlen	16
A-11 Personal des Krankenhauses	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	28
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	30
B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Intensivmedizin und allgemeine Innere Medizin	30
B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin	41
B-[3] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	51
B-[4] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	60
B-[5] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	73

C	Qualitätssicherung	80
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	80
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	119
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	119
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	119
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	120
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	120
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	121
D	Qualitätsmanagement	122
D-1	Qualitätspolitik	122
D-2	Qualitätsziele	126
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	127
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	128
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	132
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	137

Vorwort



Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Dipl.-Verwaltungswirt Andreas Schlüter
Hauptgeschäftsführer



Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt
Geschäftsführer

Einleitung

Historie & Fakten

Als "Ehrendenkmal frommer Nächstenliebe" - so der damalige Pfarrer Friedrich Pröbsting - wurde das Hellmig-Krankenhaus Kamen 1884/1885 in Betrieb genommen. Von der Schuhmacherwitwe Wilhelmine Hellmig gespendete 15.000 Mark lieferten den Grundstock für die stationäre Krankenversorgung in Kamen. In den Anfangsjahren stand oft allein die pflegerische Versorgung im Mittelpunkt. Heute ist daraus eine umfassende medizinische Versorgung auf Topniveau entstanden, belegt durch anerkannte Zertifizierungen. 1938 wurde das Krankenhaus städtisch. Zum 1. Januar 2013 fusionierte es mit der Klinikum Westfalen GmbH. Mit dem Aufbau einer Onkologischen Klinik und einer gefäßmedizinischen und diabetologischen Klinik wurden neue Spezialisierungen geschaffen ergänzend zu einem breiten chirurgischen und internistischen Angebot. Zertifizierungen des Hauses selbst, des Wundzentrums, Endoprothetikzentrums "EPZ", Fußzentrums, Handzentrum und Diabeteszentrums am Standort belegen die hohe medizinische Qualität.

Das Medizinische Netz der Knappschaft

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist die älteste Sozialversicherung der Welt und hat im Jahr 2010 ihr 750-jähriges Jubiläum gefeiert. Um eine breitgefächerte medizinische Versorgung bieten zu können, unterhält die Knappschaft eine Vielzahl medizinischer Einrichtungen. Ärzte und Experten der medizinischen Pflege engagieren sich gemeinsam für eine optimale Betreuung der Versicherten. Der Kern der DRV Knappschaft-Bahn-See ist ihr Verbundsystem. Für eine optimale Patientenversorgung haben sich in den knappschaftlichen Gesundheitsnetzen prosper und proGesund niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser unter dem Dach der Knappschaft zusammengeschlossen. Alle arbeiten Hand in Hand, damit prosper- und proGesund-Versicherte umfassend mit all ihren Erkrankungen optimal abgestimmt behandelt werden. Mit dieser integrierten Versorgung wird eine Brücke zwischen ambulantem und stationärem Bereich geschlagen - das Medizinische Netz bündelt die Kräfte für die Gesundheit der Patienten.

Das Hellmig-Krankenhaus hält 6 Fachabteilungen und 6 Zentren vor:

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin
Medizinische Klinik I - Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin und Intensivmedizin
Medizinische Klinik II - Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Zentren

- Bauchzentrum
- Fußzentrum
- Handzentrum
- Diabeteszentrum
- Endoprothetik-Zentrum
- Wundkompetenzzentrum

Im Krankenhaus werden eine Internistische Funktionsabteilung, eine interdisziplinäre Intensivstation und eine Zentrale Notaufnahme vorgehalten. Die gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor wird durch Kooperationen mit dem im Haus befindlichen Radiologischen Praxis, einer großen Dialysepraxis und einer REHA-Einrichtung sowie eine enge Verzahnung mit den niedergelassenen Ärztenetzen und sonstigen Leistungsanbietern unterstrichen.

Leistungsspektrum

Das Klinikum Westfalen und damit auch das Hellmig-Krankenhaus sind ein wichtiger Bestandteil im Gesundheitsnetz der Region Kamen und Bergkamen.

Das Hellmig-Krankenhaus ist das einzige Krankenhaus im Ort und stellt die Grund- und Regelversorgung im Kamen und Umgebung sicher. Der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie ist es gelungen, sich als Zentrum für Hüft- und Knie-Endoprothetik zu etablieren. Der dabei garantierte hohe Qualitätsstandard trug der Klinik die Zertifizierung als erstes EndoProthetikZentrum in der Region Dortmund, Hamm und Kreis Unna ein. Bis heute dürfen sich

hier nur wenige Häuser als zertifiziertes endoprothetisches Zentrum bezeichnen. 2016 wurden in unserem Endoprothetikzentrum unter der Leitung von Chefarzt Dr. Dieter Metzner 301 Gelenkersatz-Operationen an Hüfte und Knie durchgeführt. Durch modernste Operationstechniken ist es möglich, die meist älteren Patienten schnell wieder zu mobilisieren. Dabei ist die gut aufgestellte Physiotherapie eine wichtige Unterstützung.

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

Die zweite Internistische Klinik verantwortet Chefarzt Dr. med. Peter Ritter, der mit der Klinik für Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin im Hellmig-Krankenhaus einen weiteren Schwerpunkt setzt.

Unter der Leitung von Chefarzt Dr. Andreas Ludwig hat sich die Allgemein- und Viszeralchirurgie am Hellmig-Krankenhaus etabliert und bietet alle gängigen OP-Verfahren in dem vorgenannten Fachgebiet an.

Für eine neue Radiologie und jeweils von Kooperationspartnern betriebene Reha und Dialyse wurden Räumlichkeiten geschaffen. Im angrenzend entstandenen medizinischen Zentrum wurden ergänzende medizinische Angebote angesiedelt.

Es werden jährlich ca. 8.000 stationäre und ca. 16.000 ambulante Patienten im Krankenhaus behandelt.

Mitarbeiter

Im Hellmig-Krankenhaus arbeiten heute rund 360 Mitarbeiter. Die Klinik legt größten Wert auf die Qualifikation und den persönlichen Einsatz der Angestellten.

Herzlichkeit der Mitarbeiter und modernste Medizintechnik gewährleisten so eine hervorragende Patientenversorgung vor Ort.

Perspektive

Am Hellmig-Krankenhaus wurde seit 2016 die Klinik für Angiologie und Diabetologie weiter ausgebaut mit neuem Wundbehandlungsraum, neuen Beratungsräumen und neuen Zertifizierungen als Fußbehandlungszentrum, Wundkompetenzzentrum und Diabeteszentrum für Diabetes Typ I und II. Die Unfallchirurgische Klinik des Hellmig-Krankenhauses hat gemeinsam mit der Altersmedizin am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund ein Zentrum für Alterstraumatologie konzipiert und realisiert. Die externe Zertifizierung bestätigte, dass diese Kooperation zum Wohl der Patienten bestens umgesetzt ist. In Zukunft soll das Gastroenterologische Angebot gestärkt werden.

Innovation

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

Das Klinikum Westfalen steht für Transparenz im medizinischen Bereich. Patienten und Angehörige sollten die Möglichkeit haben, sich vor einem Krankenhausaufenthalt umfassend über das medizinische Leistungsspektrum informieren zu können.

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

Ihr direkter Draht zur Klinik: Tel. 02307 - 149-0 oder E-Mail info@klinikum-westfalen.de.

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

Verantwortliche:

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

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Sebastian Hiltrop, Qualitätsmanagement
Telefon:	0231 922 1259
Fax:	0231 922 1640
E-Mail:	sebastian.hiltrop@klinikum-westfalen.de

Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	Medizinische Klinik I - Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Intensivmedizin und allgemeine Innere Medizin
2	Hauptabteilung	Medizinische Klinik II - Klinik für Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin
3	Hauptabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
4	Hauptabteilung	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
5	Nicht-Bettenführend	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260591619
Standort-Nummer:	3
Krankenhaus-URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Betriebsleitung Klinikum Westfalen GmbH

Verwaltungsleitung

Hauptgeschäftsführer

Dipl. Verw. Andreas Schlüter

Tel.: 0231 922-1901

Fax: 0231922-1269

andreas.schlueter@klinikum-westfalen.de

Geschäftsführer

Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt

Tel.: 0231 922-1264

Fax: 0231 922-1269

michael.kleinschmidt@klinikum-westfalen.de

Krankenhausdirektorin (*bis 31.12.2017*)

Dipl.-Betriebswirtin (FH) Susanne Behrendt

Tel.: 0231 922-1570

Fax: 0231 922-1269

susanne.behrendt@klinikum-westfalen.de

Kaufmännischer Direktor

Dipl. Kfm. Stefan Aust M. Sc.

Tel.: 0231 922-1260

Fax: 0231 922-1269

stefan.aust@klinikum-westfalen.de

Ärztliche Leitung

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer

Tel.: 0231 922-1101

Fax: 0231 922-1109

karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de

Pflegerische Leitung

Pflegedirektor

Matthias Dieckerhoff

Tel.: 0231 922-1801

Fax: 0231 922-1809

matthias.dieckerhoff@klinikum-westfalen.de

Standortleitung Hellmig-Krankenhaus Kamen

Verwaltungsleitung

Krankenhausleitung
Dipl.-Betriebswirtin (FH) Anke Ronge
Tel.: 02307 149-336
Fax: 02307 149-276
anke.ronge@klinikum-westfalen.de

Ärztliche Leitung

Stellv. Ärztlicher Direktor
Dr. med. Macus Rottmann
Tel.: 0231 149-251
Fax: 0231 149-200
marcus.rottmann@klinikum-westfalen.de

Pflegerische Leitung

Pflegedienstleitung
Gabriele Heinze
Tel: 0231 8787-331
gabriele.heinze@klinikum-westfalen.de

Standort-Name:	Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	59174
Ort:	Kamen
Straße:	Nordstraße
Hausnummer:	34
IK-Nummer:	260591481
Standort-Nummer:	3
E-Mail:	info@klinikum-westfalen.de
Standort-URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Verwaltungswirt Andreas Schlüter, Hauptgeschäftsführer
Telefon:	0231 922 1901
Fax:	0231 922 1269
E-Mail:	andreas.schlueter@klinikum-westfalen.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt, Geschäftsführer
Telefon:	0231 922 1264
Fax:	0231 922 1269
E-Mail:	michael.kleinschmidt@klinikum-westfalen.de

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

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Matthias Dieckerhoff, Pflegedirektor
Telefon:	0231 922 1801
Fax:	0231 922 1809
E-Mail:	matthias.dieckerhoff@klinikum-westfalen.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Betriebswirtin (FH) Anke Ronge, Krankenhausleitung
Telefon:	02307 149 337
Fax:	02307 149 276
E-Mail:	anke.ronge@klinikum-westfalen.de

Standort:	Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH
-----------	--

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Dieter Metzner, stellv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Telefon:	02307 149 254
Fax:	02307 149 2014
E-Mail:	dieter.metzner@klinikum-westfalen.de

Standort:	Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Thorsten Muschinski, stellv. Pflegedirektor
Telefon:	02307 149 331
Fax:	02307 149 221
E-Mail:	thorsten.muschinski@klinikum-westfalen.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	260591481

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Im Rahmen des Pflegekonzeptes durch Pflegekräfte und der Pflegeüberleitung im Hause werden Angehörige in die Pflege der Patienten mit einbezogen.</i>
2	Atemgymnastik/-therapie <i>Durch eine gezielte Atemgymnastik wird die Atemmuskulatur gestärkt und die Atemleistung erhöht.</i>
3	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Elternschule & Familienbande Kamen</i>
4	Basale Stimulation
5	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
6	Bewegungsbad/Wassergymnastik <i>REHA Kamen</i>
7	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Die Bobath-Therapie ist eine spezielle krankengymnastische Technik bei neurologischen Krankheitsbildern zur Hemmung gestörter Bewegungsmuster und zur Bahnung physiologischer Bewegungsabläufe (z. B. bei Multipler Sklerose, Hemiplegie-Patienten, nach Rückenmarksverletzungen).</i>
8	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Durch die Abteilung für Ernährungsberatung wird für Diabetiker eine spezielle Ernährungsberatung angeboten. Außerdem Diabetesmenüs nach BE und Schulungen im Umgang mit Spritztechniken, Meßtechniken und Medikamenten. Kinder erhalten eine geplante Diabetesschulung.</i>
9	Diät- und Ernährungsberatung <i>Durch die Ernährungsberatung werden die Patienten nach einer Diagnosestellung ernährungstherapeutisch unterstützt. Es findet eine individuelle Beratung in Einzel- oder Gruppengesprächen statt. Durch eine intensive Ernährungsanamnese wird mit den Patienten gemeinsam ein Ernährungsplan erstellt.</i>
10	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Die Mitarbeiter der Abteilung für Pflegeüberleitung beraten und unterstützen die Patienten, die nach der Entlassung noch pflegerische Versorgung benötigen. Dazu gehören: Besuch auf der Station und Analyse der Pflegebedürftigkeit; Kontakt mit der Krankenkasse; dem Hausarzt.</i>
11	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Bezugspflege, Fallbesprechungen, Pflegevisiten, prozessuale Pflege.</i>
12	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Elternschule & Familienbande Kamen</i>
13	Kinästhetik <i>Kinästhetische Bewegung und Mobilisation hat eine positive Wirkung auf die Gesundheit von Patienten und Pflegenden. Sie schult u. a. Koordinations- und Funktionsfähigkeiten. Das Konzept wird insbesondere in der Neurologie und Kinderheilkunde eingesetzt.</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
14	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
15	Manuelle Lymphdrainage <i>Die Lymphdrainage ist eine Variante der klassischen Massage und soll den Abtransport der Lymphflüssigkeit aus den Körpergeweben fördern. Sie wird nach ärztlicher Anordnung durch speziell ausgebildete Therapeuten in der Abteilung für Physiotherapie angeboten. REHA Kamen</i>
16	Massage <i>In der Abteilung für Physiotherapie werden nach ärztlicher Anordnung verschiedene Massagen durchgeführt.</i>
17	Medizinische Fußpflege <i>Die medizinische Fußpflege wird durch die hauseigene Podologie vorgenommen.</i>
18	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>REHA Kamen</i>
19	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>REHA Kamen</i>
20	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>REHA Kamen</i>
21	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
22	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>REHA Kamen</i>
23	Schmerztherapie/-management
24	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>[z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen]</i>
25	Stomatherapie/-beratung
26	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
27	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Wärme- und Kälteanwendungen werden nach ärztlicher Anordnung durch die REHA Kamen durchgeführt.</i>
28	Wundmanagement <i>Fachpflegekräfte für Wundmanagement</i>
29	Sozialdienst <i>Beratung für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben.</i>
30	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
31	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Auf jeder Station stehen Ihnen und ihren Angehörigen Aufenthaltsräume zur Verfügung.</i>
2	Ein-Bett-Zimmer
3	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
4	Zwei-Bett-Zimmer
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
6	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i> <i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
7	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i> <i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
8	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i> <i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
9	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
10	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
11	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 5 €</i> <i>Die ersten 30 Minuten sind kostenfrei.</i>
12	Seelsorge
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
14	Hotelleistungen
15	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Moslemkost</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
3	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Diätetische Angebote
7	Dolmetscherdienst <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
8	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
5	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>
6	Doktorandenbetreuung <i>über den Standort Knappschaftskrankenhaus Dortmund</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>in Kooperation mit der Zentralen Krankenpflegeschule Lünen</i>
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin <i>in Kooperation mit der Kinder-Krankenpflegeschule Hamm</i>
3	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)
4	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 207

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	8306
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	16166

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	48,87	48,87	0	4,18	44,69
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	25,75	25,75	0	2,2	23,57
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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	102,77	102,77	0	11,24	91,53
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,72	1,72	0	0	1,72

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,36	4,36	0	0	4,36
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,4	11,4	0	0	11,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	21,2	21,2	0	6,84	14,36

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

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

Wenn ja:

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Geschäftsführung, Projektmanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienstleitung, QM, Technik, Controlling, EDV

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW GF Chancen- und Risikomanagement - SOP Letzte Aktualisierung: 28.07.2016</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung; Einsatz- und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 01.06.2016</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie - VA Letzte Aktualisierung: 02.11.2016</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Sturzprophylaxe - VA Letzte Aktualisierung: 01.09.2016</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK PD Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - ED Letzte Aktualisierung: 08.11.2016</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 07.11.2016</i></p>
9	<p>Standards zur sicheren Medikamentenvergabe</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Vier-Augen-Prinzip, AiD</i> <i>"ArzneimittelInformationsDienst"</i> <i>Letzte Aktualisierung: 22.08.2017</i></p>
10	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK MP Meldung Vorkommnisse bei MP - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 20.09.2016</i></p>
11	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	<p>Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 19.08.2016</i></p>
15	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Tätigkeiten im Aufwachraum - AA & HK ANÄ</i> <i>Standard Anästhesie-Pflege Routinetätigkeiten - AA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 09.12.2016</i></p>
16	<p>Entlassungsmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 22.08.2016</i></p>

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

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

Details:

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

Genutzte Systeme:

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

jährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	5
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	9

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
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 Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

	OPTION	AUSWAHL
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	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: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen: 178

... auf allen Allgemeinstationen: 35

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

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

SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Holger Hintze, Verwaltungsleiter
Telefon:	02307 149 338
Fax:	02307 149 276
E-Mail:	holger.hintze@klinikum-westfalen.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Werner Freund, Patientenfürsprecher
Telefon:	02307 149 1
Fax:	02307 149 276
E-Mail:	werner.freund@klinikum-westfalen.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG
1	Angiographiegerät/DSA
2	Computertomograph (CT)
3	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Intensivmedizin und allgemeine Innere Medizin

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



Chefarzt
Dr. med. Marcus Rottmann

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik I - Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Intensivmedizin und allgemeine Innere Medizin
Straße:	Nordstraße
Hausnummer:	34
PLZ:	59174
Ort:	Kamen
URL:	http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Kamen/Medizinische_Klinik_I/index.php

Wer zu uns in die Klinik kommt, setzt sowohl Hoffnungen in eine schnelle Genesung, wie in Schmerzfreiheit. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden sich mit allen Kräften darum bemühen, Ihre Erwartungen zu erfüllen und den Aufenthalt bei uns so angenehm

wie möglich zu gestalten.

In unserem Haus finden Sie ideale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung: Das medizinische Können der Ärzteschaft, die qualifizierte Betreuung durch unsere Pflegekräfte, modernste medizintechnische Ausstattung und nicht zuletzt die angenehme Atmosphäre im gesamten Haus.

Damit Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestmöglich helfen können, bitten wir Sie dies durch Ihr Vertrauen zu den Ärztinnen, Ärzten, Schwestern, Pflegern und anderen Beschäftigten des Hauses zu unterstützen. Sprechen Sie mit uns, wenn Sie Sorgen oder Ängste haben, oder wenn Sie etwas bedrückt.

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Marcus Rottmann, Chefarzt
Telefon:	02307 149 251
Fax:	02307 149 200
E-Mail:	marcus.rottmann@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

In der Medizinischen Klinik I werden verschiedene Spezialitäten der Inneren Medizin und das Fachwissen der verschiedenen Fachärzte und mitarbeitenden pflegerischen Spezialisten gebündelt. Neben modernster Technik im Einsatz zum Wohle des Patienten, steht auch der ganzheitliche Blick für den Menschen im Mittelpunkt.

Die Patienten werden mit ihren Leiden und Sorgen ernst genommen. Insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen anderen Bereichen wie der Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie, Unfallchirurgie und Allgemein- und Viszeralchirurgie steht im Hellmig-Krankenhaus Kamen im Vordergrund.

Im Ärzteteam der Medizinischen Klinik I sind neben Herrn Chefarzt Dr. Marcus Rottmann 4 Oberärzte mit besonderen Qualifikationen tätig. Unterstützt wird es durch 12 Assistenzärzte.

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

Angiologie:

Im angiologischen Teil der Medizinischen Klinik I steht die moderne, nicht-invasive Diagnostik sämtlicher Gefäßprovinzen von Arterien, Venen und Kapillaren zur Verfügung. Im interventionellen Segment ist eine moderne Angiographieeinheit zur Durchführung von

Ballondilatationen, Stentimplantationen und Lysetherapien am arteriellen Gefäßsystem im Schwerpunkt im Bereich der Becken- und Beinarterien möglich. Hier sind neben 3 Fachärzten für Angiologie auch angiologisch-technische Assistenten/-innen und medizinische Fachangestellte mit einer hohen Expertise der gefäßmedizinischen Technik tätig.

Diabetologie:

Im diabetologischen Schwerpunkt der Medizinischen Klinik I werden Menschen mit Diabetes auf höchstem Niveau diabetologisch durch einen Facharzt für Diabetologie versorgt. Zudem stehen 3 Diabetesberaterinnen DDG zur Verfügung und beraten die zu schulenden Patienten individuell nach persönlichen Bedürfnissen. Zudem besteht über die anderen Schwerpunkte der Medizinischen Klinik I eine stationäre Fußbehandlungseinrichtung nach Richtlinien der Deutschen Diabetesgesellschaft. Hier erfolgt insbesondere mit der Klinik für Unfallchirurgie, Chefarzt Dr. Metzner und leitendem Arzt für Fußchirurgie Dr. Hoppe eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Intensivmedizin:

Auf unserer interdisziplinären Intensivstation werden unsere Patienten durch pflegerisches Fachpersonal und Fachärzte für Innere Medizin betreut. Auch hier ist insbesondere die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen, auch in extremen intensivmedizinischen Behandlungssituationen von höchster Priorität.

Wundkompetenzzentrum:

An der Medizinischen Klinik I mit angiologisch/diabetologischem Schwerpunkt sind eine Vielzahl von Wundpatienten auch mit diabetischem Fußsyndrom, pAVK und chronisch-venöser Insuffizienz in ambulanter und stationärer Behandlung. Das TÜV akkreditierte, ISO-zertifizierte Wundkompetenzzentrum hebt ebenfalls die individuelle, ursachenorientierte Wundbehandlung in den Vordergrund.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>in Kooperation mit Nephrologischer Praxis</i>
8	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
14	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	Intensivmedizin
17	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
18	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
19	Endoskopie
20	Schmerztherapie

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

Vollstationäre Fallzahl:	2816
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	265
2	I50	Herzschwäche	228
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	209
4	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	187
5	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	148
6	E86	Flüssigkeitsmangel	131
7	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	115
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	101
9	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	101
10	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	93
11	J20	Akute Bronchitis	78
12	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	75
13	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	61
14	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	45
15	I21	Akuter Herzinfarkt	41
16	A46	Wundrose - Erysipel	40
17	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	39
18	N17	Akutes Nierenversagen	33
19	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	30
20	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	30

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1106
2	9-500	Patientenschulung	896
3	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	533
4	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	515
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	340
6	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	282
7	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	204
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	183
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	175
10	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	149
11	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	134
12	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	127
13	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	99
14	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	98
15	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	97
16	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	90
17	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	88
18	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	81
19	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	81
20	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	79

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen als prästationäre Abklärungsuntersuchung, poststationäre Nachuntersuchung nach stationärem Verlauf sowie mit Überweisung bei knappschaftlich versicherten Patienten. Privatärztliche Behandlungsmöglichkeiten bestehen ebenfalls ambulant.

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	133
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	< 4

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,25	16,25	0	1,04	15,21	185,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,28	5,28	0	0,55	4,74	594,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
3	Innere Medizin und SP Kardiologie
4	Innere Medizin und SP Nephrologie
5	Innere Medizin und SP Angiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Notfallmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	26,24	26,24	0	10,24	16	176,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,78	0,78	0	0	0,78	3610,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,7	16,7	0	6,84	9,86	285,6

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

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

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

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

B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin

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



Chefarzt
Dr. med. Peter R. Ritter M.A.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik II - Klinik für Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin
Straße:	Nordstraße
Hausnummer:	34
PLZ:	59174
Ort:	Kamen
URL:	http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Kamen/Medizinische_Klinik_II/index.php

Herzlich willkommen auf der Seite der Medizinischen Klinik II mit den Schwerpunkten Onkologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin am Standort Hellmig-Krankenhaus Kamen Klinikum Westfalen.

Die Klinik widmet sich als Fachabteilung schwerpunktmäßig der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen des Blutes, Krebserkrankungen und Gerinnungsstörungen. Für die Behandlung steht ein kompetentes Team aus Ärzten, Krankenschwestern und Pflegekräften sowie eine fachonkologische Pflegekraft, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Psychoonkologen, wie auch Seelsorger zur Verfügung. In multiprofessionellen und transsektoralen Entscheidungsprozessen werden die Belange der Patienten in Einzelfallbesprechungen und wöchentlichen Teamsitzungen diskutiert, und im Rahmen von qualitätssichernden Tumorkonferenzen besprochen. Im Bereich der Gastroenterologie kommen über eine moderne apparative Endoskopieabteilung alle bildgebenden nicht-invasiven und invasiven Verfahren nebst Interventionen zur Anwendung. Als Teil des Cancer-Centers am Klinikum Westfalen versteht sich die Med. Klinik II als standortübergreifende Institution, die neben der Behandlung von Patienten mit den genannten Erkrankungen am Hellmig-Krankenhaus Kamen auch konsiliarisch für alle anderen Standorte des Klinikum Westfalen zuständig ist. Neben einer fachärztlichen

Versorgung auf höchstem medizinischem Qualitätsniveau, die sich auch in erfolgreichen Zertifizierungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft abbilden lässt, spielen auch die ethischen Belange und Fragestellungen der Patienten eine herausragende Rolle. Die Klinik begreift sich als integrativer, therapeutischer Schwerpunktversorger, um allen Belangen der ihr obliegenden Patienten gerecht zu werden.

Dr. Peter R. Ritter mit dem Team der Medizinischen Klinik II

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. Peter R. Ritter, M.A., Chefarzt
Telefon:	02307 149 304
Fax:	02307 149 800
E-Mail:	peter.ritter@klinikum-westfalen.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Knappschaftskrankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund

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

Onkologie

Die Onkologie erforscht die Entstehung, Entwicklung und Behandlung von Tumorerkrankungen. Therapien in der Onkologie zielen entweder auf die Entfernung oder Zerstörung des gesamten Tumorgewebes, oder auf dessen Verkleinerung zur Entlastung beeinträchtigter Organe. Neben operativ-chirurgischen Eingriffen und Bestrahlung stellt die Chemotherapie die Grundlage der medikamentösen Behandlung dar. Die jüngst entwickelten modernen molekularen Therapieverfahren ermöglichen im Einzelfall eine zielgerichtet-personalisierte Behandlung.

Hämatologie

Die Hämatologie umfasst Krankheitsbilder des Blutes und der blutbildenden Organe. Darunter fallen gutartige Veränderungen des Blutes wie auch bösartige Blutkrankheiten wie Leukämie (Blutkrebs). Ein weiteres Feld stellen bösartige Veränderungen der Lymphknoten

(Lymphome) und Knochenmarkserkrankungen dar.

Palliativmedizin

Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten, deren Lebenszeit aufgrund einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung begrenzt ist.

Dabei steht die Linderung von Schmerzen oder anderen belastenden Krankheitssymptomen im Vordergrund. Ziel ist vor allem die Sicherung vorhandener, oder Wiederherstellung verloren gegangener Lebensqualität.

Unsere therapeutischen Konzepte

Bei der Behandlung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen steht neben einer integrativen medizinischen Versorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auf höchstem Niveau vor allem die personale Zuwendung im Vordergrund.

Dabei spielen für uns die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten eine entscheidende Rolle. Eine multidisziplinäre Behandlung (Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie), die sich auf die Expertise verschiedener Fachabteilungen stützt, ein abgestimmtes und integrierendes Behandlungskonzept, wie auch die Einbindung von Psychologen, Seelsorgern und Sozialarbeitern ermöglicht Spitzenmedizin mit einem ganzheitlich-personalisierten Anspruch.

Als Teil des Cancer Centers am Klinikum Westfalen, einem durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten und überregional bedeutsamen Krebsbehandlungszentrum, stellen wir höchste Qualitätsstandards in der Behandlung unserer Patienten sicher. Unsere ethischen Überzeugungen verpflichten uns dabei auf einen respektvollen Umgang auf partnerschaftlicher Basis.

Behandlungsschwerpunkte

Krebserkrankungen

- Krebserkrankungen des Verdauungstraktes
- Krebserkrankungen der Lunge
- Krebserkrankungen des Kopf-Hals-Bereiches
- Krebserkrankungen der Niere und Harnwege
- Spezielle Krebserkrankungen der Frau (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke) und des Mannes (Prostata, Hoden)
- Lymphome
- Leukämien des höheren Lebensalters
- Palliativmedizin
- Krebserkrankungen des alten Menschen

Spezielle Angebote

- Spezielle endoskopische und radiologische Diagnostik
- Moderne molekularbiologische Diagnostik des Blutes und Knochenmarkes
- Behandlung nach modernen wissenschaftlichen Standards, u.a. in klinischen Studien
- Multimodale Therapiekonzepte

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
3	Palliativmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	2302
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	262
2	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	176
3	C67	Harnblasenkrebs	157
4	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	99
5	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	96
6	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	75
7	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	71
8	C16	Magenkrebs	63
9	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	52
10	C61	Prostatakrebs	47
11	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	43
12	C45	Bindegewebskrebs von Brustfell (Pleura), Bauchfell (Peritoneum) oder Herzbeutel (Perikard) - Mesotheliom	40
13	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	39
14	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	39
15	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	37
16	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	34
17	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	34
18	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Nicht follikuläres Lymphom	34
19	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	30
20	C19	Dickdarmkrebs am Übergang von Grimmdarm (Kolon) zu Mastdarm (Rektum)	28

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	927
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	393
3	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	335
4	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	327
5	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	224
6	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	208
7	9-500	Patientenschulung	174
8	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	116
9	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	82
10	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	71
11	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	71
12	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	64
13	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	54
14	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	46
15	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	45
16	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	43
17	6-005	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 5 des Prozedurenkatalogs	35
18	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	31
19	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	28
20	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	27

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,76	8,76	0	0,79	7,97	288,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,84	4,84	0	0,42	4,43	519,6
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
3	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumorthherapie
2	Palliativmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	29,82	29,82	0	1	28,82	79,9

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,81	1,81	0	0	1,81	1271,8
---	------	------	---	---	------	--------

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

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

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

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

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

B-[3] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Andreas-Heinz Ludwig

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Straße:	Nordstraße
Hausnummer:	34
PLZ:	59174
Ort:	Kamen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Kamen/Klinik_fuer_Allgemein-_und_Viszeralchirurgie/ _index.php

Wir heißen Sie ganz herzlich willkommen in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Hellmig-Krankenhaus Kamen im Verbund des Klinikum Westfalen. Wir freuen uns, Sie auf einem Rundgang durch unsere Klinik begrüßen zu dürfen. Auf den folgenden Seiten erhalten Sie wichtige Informationen zu unserem Leistungsspektrum in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, die modernen Behandlungsmethoden in der Bauch- und Brustkorbchirurgie näher kennenzulernen. 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 Kamen.

Ihr
Dr. med. Andreas-Heinz Ludwig mit dem Team der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas-Heinz Ludwig, Chefarzt
Telefon:	02307 149 202
Fax:	02307 149 201
E-Mail:	andreas.ludwig@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

Seit über 130 Jahren werden am Hellmig-Krankenhaus in Kamen Patienten chirurgisch versorgt.

Im Laufe der Zeit wurde das Leistungsangebot stets erweitert und modernste Methoden fanden den Einzug. Einen Meilenstein bildete hierbei die Einführung der minimalinvasiven Chirurgie. Mit dem neuen Chefarzt

Dr. Andreas Ludwig konnte die Klinik das Angebot an viszeralchirurgischen und proktologischen Operationen jetzt noch deutlich erweitern.

Im Mittelpunkt steht die wohnortnahe Versorgung von Patienten aus Kamen und Umgebung.

Bei Notfällen wie Blinddarmentzündungen, eingeklemmten Bauchwandbrüchen oder Tumoren des Bauchraumes, bietet das Hellmig-Krankenhaus schnelle und kompetente Hilfe unter Einsatz modernster Operationsmethoden. Dabei kommt fast immer die so genannte Schlüsselloch-Chirurgie zum Einsatz.

Die folgende Aufzählung gibt einen Überblick über die Operationen, die im Klinikum-Westfalen im Standort

Hellmig-Krankenhaus Kamen, in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie durchgeführt

werden:

- Schilddrüsenoperationen
- Operationen an der Speiseröhre (auch als Zweihöhleneingriff)
- Magenoperationen
- Gallenblasenoperationen, Gallengangsoperationen
- Bauchspeicheldrüsenoperationen
- Operationen im gesamten Dünn- und Dickdarm, z.B. Appendix-Entfernungen (Blinddarm)
- Darmverschlussoperationen, Dünn- und Dickdarmkrebsoperationen
- Bauchwandbruchoperationen, z.B. Leistenbruchoperationen oder Narbenbruchversorgungen
- Operationen bei Enddarmkrankungen, Haemorrhoidenoperationen, Fisteloperationen
- Operationen an der Leber
- Proktologie
- Antirefluxchirurgie
- Adipositaschirurgie

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- [Ambulanz](#)
- [Bauchzentrum](#)
- [Leistenbruch und Bauchwandbruch \(Hernienzentrum\)](#)
- [Narbenbruch](#)
- [Onkologische Chirurgie](#)

- [Schilddrüse](#)
- [Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie](#)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Notfallmedizin
2	Thorakoskopische Eingriffe
3	Endokrine Chirurgie
4	Magen-Darm-Chirurgie
5	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
6	Tumorchirurgie
7	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
8	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
9	Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Spezialsprechstunde
11	Adipositaschirurgie
12	Portimplantation
13	Chirurgische Intensivmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	1385
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Gallensteinleiden	136
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	113
3	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	102
4	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	85
5	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	60
6	K35	Akute Blinddarmentzündung	57
7	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	42
8	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	38
9	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	36
10	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	33
11	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	33
12	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	29
13	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Anus oder Mastdarms	29
14	K64	Hämorrhoiden und Verschluss der Venen in der Nähe des Darmausgangs durch ein Blutgerinnsel	29
15	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	28
16	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	26
17	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	21
18	K42	Nabelbruch (Hernie)	20
19	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	16
20	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	16

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	409
2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	265
3	5-469	Sonstige Operation am Darm	246
4	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	219
5	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	200
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	159
7	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	149
8	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	138
9	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	134
10	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	117
11	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	101
12	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes	96
13	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	89
14	9-500	Patientenschulung	88
15	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	82
16	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	71
17	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	67
18	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	67
19	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	64
20	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	64

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	39
2	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	< 4
4	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,31	9,31	0	0,18	9,13	151,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,08	5,08	0	0,09	4,99	277,6
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,31	11,31	0	0	11,31	122,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,62	0,62	0	0	0,62	2233,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,16	1,16	0	0	1,16	1194,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienefachkraft
2	Hygienebeauftragte in der Pflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

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

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

B-[4] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Dieter Metzner

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Straße:	Nordstraße
Hausnummer:	34
PLZ:	59174
Ort:	Kamen
URL:	http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Kamen/ Klinik_fuer_Unfall_und_Wiederherstellungschirurgie/ index.php

Wir begrüßen Sie herzlich und freuen uns, Ihnen auf den nächsten Seiten unsere Klinik im neuen Verbund vorstellen zu dürfen.

Auf den folgenden Seiten informieren wir Sie über unsere Fachabteilung und unser Leistungsspektrum.

In unserer Klinik rücken Knochen, Bänder und Gelenke in den Blick, die durch Unfall oder Verschleiß beeinträchtigt sind. Opfer von Verkehrsunfällen der nahegelegenen Autobahnen, aber auch

Patienten, die Sport- oder Haushaltsunfälle erlitten haben, werden gründlich voruntersucht und anschließend mit modernsten Methoden in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie versorgt.

Wir sind bestrebt, Ihnen stets die bestmögliche medizinische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau anzubieten und Ihren Aufenthalt so angenehm und reibungslos wie möglich zu gestalten.

Ihr
Dr. med. Dieter Metzner mit dem Team der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Dieter Metzner, Chefarzt
Telefon:	02307 149 254
Fax:	02307 149 204
E-Mail:	dieter.metzner@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

Neue Verfahren und Materialien tragen dazu bei, dass Knochen besser heilen, Bänder besser zusammenwachsen und Prothesen kaum noch zu spüren sind. Im Hellmig-Krankenhaus setzen wir modernste Osteosyntheseverfahren ein: Komplizierte Knochenbrüche werden mit Schrauben, Drähten, winkelstabilen Platten und zeitgemäßen Nagelsystemen oder auch äußeren Spannern versorgt. Sind Gelenke mitbetroffen, wenden wir aktuelle arthroskopische, das heißt minimalinvasive, häufig als Schlüssellochchirurgie bezeichnete Verfahren an. So können wir zum Beispiel beim Kreuzbandriss oft auf eine große Öffnung des Kniegelenks verzichten und stattdessen mit Hilfe der Kniegelenkspiegelung eine Ersatzoperation durchführen.

Auch bei der Versorgung von Knie- und Sprunggelenksverletzungen kommen bei uns neueste Methoden zum Einsatz. Außerdem werden im Hellmig-Krankenhaus zum Beispiel im Schulterbereich Sehnenabriss, Verrenkungen und Engpass-Syndrome mit Hilfe der sogenannten Schlüsselloch-Chirurgie operiert.

Sind Gelenke durch Unfälle oder Verschleiß (Arthrose) irreparabel zerstört, kommen Prothesen zum Einsatz. Diese künstlichen Gelenke bestehen aus gut verträglichen Materialien und sind optimal auf die jeweiligen Bewegungsfunktionen abgestimmt. Menschen, die an Knie-, Schulter- oder Hüftgelenksarthrose leiden, erlangen durch solche Prothesen ebenfalls neue Lebensqualität.

Chefarzt Dr. Dieter Metzner verfügt in diesem Bereich über große Erfahrung und engagiert sich über seine eigentlichen Aufgaben hinaus: Er war bei der Entwicklung einer hochmodernen Hüftgelenkspfanne und einem modernen Kurzschaft beteiligt, die in Krankenhäusern in ganz Deutschland zum Einsatz kommen und in Kamen bereits bei vielen Patienten eingesetzt wurden. Bereits seit 2005 werden in Kamen auch Hüftprothesen minimalinvasiv implantiert, wodurch weniger Schmerzen auftreten und der Krankenhausaufenthalt verkürzt werden kann. Künstliche Kniegelenke implantieren wir seit Jahren mit Hilfe eines innovativen Navigationsverfahrens. Dabei berechnet ein Computer, in welchem Winkel der Chirurg das neue Gelenk einsetzen muss. Durch die exakte Positionierung erhöht sich die Lebensdauer der Prothese und die Beschwerden nach der Operation sind geringer.

Sehr erfolgreich wird im Kamener Hellmig-Krankenhaus auch ein neues Verfahren zur Behandlung gebrochener oder eingesunkener Rückenwirbel angewendet. Die sogenannte Kyphoplastie ermöglicht es, eingesunkene Wirbel, zum Beispiel bei Osteoporose-Patienten, wieder aufzurichten. So kann man die Ausbildung eines Rundrückens vermindern und Schmerzen reduzieren. Das neue Verfahren wird auch bei älteren Patienten mit Wirbelkörperbrüchen eingesetzt. Dazu sind nur minimale Hautschnitte nötig. Der Patient kann bereits am Abend nach der Operation wieder aufstehen und

herumgehen. Der Aufenthalt im Krankenhaus wird also deutlich verkürzt.

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- [Arthroskopie](#)
- [Unfallchirurgie](#)
- [Handchirurgie](#)
- [Fußchirurgie](#)
- [EndoProthetikZentrum](#)
- [Handzentrum](#)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
15	Wirbelsäulenchirurgie
16	Fußchirurgie
17	Handchirurgie
18	Schulterchirurgie

EndoProthetikZentrum



Grundsätzlich geht es bei der Endoprothetik darum, die Lebensqualität von Patienten wieder herzustellen, die sonst Schmerzen ertragen müssen - oder einen deutlichen Verlust an Beweglichkeit. In solchen Fällen bedeutet künstlicher Ersatz für ein durch Unfall oder Verschleiß

irreparabel geschädigtes Gelenk neue Lebensqualität. Seit 2005 setzt das Hellmig-Krankenhaus auch bei solchen Eingriffen auf minimalinvasive Verfahren, die weniger Wundverletzung, geringere Schmerzen und schnellere Heilung möglich machen. Ein weiteres Novum: Künstliche Kniegelenke werden mit Unterstützung durch ein Navigationsverfahren eingesetzt, bei dem ein Computer die perfekte Positionierung errechnet. Durch Angliederung des Reha-Zentrums Kamen werden die Patienten nach endoprothetischer wie unfallchirurgischer Versorgung einer intensiven krankengymnastischen Betreuung zugeführt.

Aufgrund des Einsatzes modernster Implantate und minimalinvasiver Operationstechniken, konnte der Krankenhausaufenthalt bei Knochenbrüchen in den letzten 5 Jahren deutlich verkürzt werden. 300 künstliche Knie- und Hüftgelenke werden hier jährlich implantiert.

Der dabei garantierte hohe Qualitätsstandard trug der Klinik bereits 2013 die Zertifizierung als erstes EndoProthetikZentrum in der Region Dortmund, Hamm und Kreis Unna ein.

Chefarzt Dr. Dieter Metzner steht seit Jahren für besondere Kompetenz in der EndoProthetik. Er entwickelte unter anderem eine hochmoderne Hüftgelenkspfanne und einen modernen knochensparenden Kurzschaft. Zusätzlich führte er an der Klinik Prozesse ein, die Komplikationsrisiken minimieren und langfristig gute Ergebnisse bei Gelenksimplantationen sichern.

Das Zertifikat wurde am 6.6.2013 nach einem mehrtägigen Besuch einer Fachdelegation verliehen, die die Prozesse im Hellmig-Krankenhaus genauestens analysiert hat. Grundvoraussetzung für die Zertifizierung sind ärztliche und pflegerische Qualifikation, Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards und eine Mindestanzahl jährlich durchgeführter Eingriffe. Bei der jährlichen Überwachung der Qualitätsstandards wurde das Zertifikat 2014 und 2015 erneut bestätigt. Die Rezertifizierung erfolgte ebenso erfolgreich ohne Abweichungen in 2016.

AltersTraumaZentrum



Der Sturz beim älteren Menschen führt häufig zu erheblichen Folgen: neben der knöchernen Verletzung ist die Selbsthilfefähigkeit in Gefahr. Die Komplikationen und bleibenden Behinderungen beeinträchtigen die weitere Lebensführung und den damit verbundenen Pflegebedarf.

Um dieses komplexe Geschehen sowohl chirurgisch als auch geriatrisch zu behandeln wurde im Klinikum-Westfalen am "Hellmig-Krankenhaus Kamen" zusammen mit der Abteilung für Altersmedizin am Standort "Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund" ein umfassendes Konzept für die erfolgreiche Betreuung solcher Patienten etabliert, dessen Qualität durch die Zertifizierung als anerkanntes AltersTraumaZentrum (ATZ) bestätigt wurde.

"Sturzverletzungen im Alter aber bedeuten eine besondere Herausforderung. Patienten bringen oft weitere Begleiterkrankungen mit und einen verschlechterten Allgemeinzustand, der den Heilungs- und Mobilisierungsprozess stark beeinflusst", so Dr. Dieter Metzner, Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Hellmig-Krankenhaus.

"Dabei ist entscheidend, dass bereits von der Aufnahme an die Patienten sowohl

unfallchirurgisch als auch altersmedizinisch gemeinsam betreut werden", so Dr. Haas, Chefarzt der Altersmedizin in Lütgendortmund. Schon die Befunde der Aufnahmeerhebung werden sofort von Altersmedizinern geprüft. Vorbereitung der Operation und die Nachsorge inklusive physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Maßnahmen werden gegenseitig aktuell an beiden Standorten abgestimmt. Gemeinsame Visiten in Lütgendortmund und zuvor im Hellmig-Krankenhaus stellen den Informationsfluss innerhalb der Abteilungen sicher.

Ist für den Patienten im Anschluss eine geriatrische Weiterbehandlung indiziert, dann betreuen ihn auch im Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund die Kamenener Chirurgen weiter. So wird erreicht, dass alle Maßnahmen, auch Medikamentengabe und Bewegungsförderung, perfekt auf die individuelle Situation des Patienten abgestimmt sind. Im Ergebnis ergänzen sich die Kompetenzen der chirurgischen und der altersmedizinischen Kliniken zu einem nachweislich besseren Behandlungsergebnis.

Das bescheinigten externe Experten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Das unabhängige Zertifizierungsverfahren untersucht die konsequente Anwendung wissenschaftlich fundierter Behandlungspfade und die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Auditoren waren daher im Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund und im Hellmig-Krankenhaus Kamen unterwegs, analysierten Akten, nahmen Funktionsbereiche unter die Lupe und befragten Mitarbeiter aller Fachbereiche. Als Ergebnis bestätigten sie dem AltersTraumaZentrum des Klinikums Westfalen, dass hier der Anspruch individuell abgestimmter altersspezifischer Behandlungsprozesse auch professionell und umfassend gelebt wird. Das Klinikum Westfalen ist damit innerhalb der Region führend.

Das Ziel des AltersTraumaZentrums formulieren Dr. Haas und Dr. Metzner so: "Wir wollen älteren Patienten nach Sturzverletzungen wieder zu Mobilität und Lebensqualität zu verhelfen." Ein Jahr nach dem Start des zertifizierten Kooperationsprojektes zwischen Unfallchirurgie und Altersmedizin sieht Dr. Dieter Metzner klare Vorteile für die Patienten. Bis zu 15 Prozent mehr Betroffene können nun nach einem häuslichen Unfall wieder ohne Erfordernis pflegerischer Unterstützung in ihr häusliches Umfeld zurückkehren.

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

Vollstationäre Fallzahl:	1803
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	156
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	152
3	M75	Schulterverletzung	117
4	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	101
5	S52	Knochenbruch des Unterarmes	87
6	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	86
7	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	82
8	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	81
9	M54	Rückenschmerzen	75
10	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	75
11	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	73
12	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	70
13	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	49
14	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	47
15	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	46
16	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	40
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	23
18	S13	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses	22
19	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	19
20	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	16

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	245
2	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	211
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	191
4	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	182
5	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	177
6	5-931	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungsmaterial, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind	159
7	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	157
8	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	156
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	136
10	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	135
11	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	129
12	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	125
13	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	123
14	5-788	Operation an den Fußknochen	122
15	9-500	Patientenschulung	106
16	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	102
17	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	102
18	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	101
19	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	101
20	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	93

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	58
2	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	58
3	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	43
4	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	24
5	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	22
6	5-849	Sonstige Operation an der Hand	20
7	5-788	Operation an den Fußknochen	7
8	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	7
9	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	5
10	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	4
11	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	4
12	5-841	Operation an den Bändern der Hand	< 4
13	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	< 4
14	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
15	5-808	Operative Gelenkversteifung	< 4
16	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
17	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
18	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
19	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
20	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,75	9,75	0	2,17	7,58	237,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,75	5,75	0	1,14	4,61	391,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Spezielle Unfallchirurgie
2	Ärztliches Qualitätsmanagement
3	Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,65	11,65	0	0	11,65	154,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,1	1,1	0	0	1,1	1639,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,61	0,61	0	0	0,61	2955,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,5	4,5	0	0	4,5	400,7

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

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

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

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

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

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



Chefarzt
Dr. med. Erst Noe

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Nordstraße
Hausnummer:	34
PLZ:	59174
Ort:	Kamen
URL:	http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Kamen/Klinik_fuer_Anaesthesie_und_Operative_Intensivmedizin.index.php

Herzlich willkommen

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

Die Klinik arbeitet standortübergreifend gemeinsam mit den Partnern der anderen Kliniken und Zentren daran, operative Eingriffe, kritische Krankheit, Notfälle und die Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände nach modernsten Erkenntnissen zum Wohl der Patienten zu gestalten. Unser starkes, interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetztes Team setzt dafür Konzepte um, die sich an jedem Patienten und

seinen individuellen Erfordernissen und Wünschen orientieren. Unsere Schwerpunkte liegen in:

Perioperative Betreuung:

- klinische Anästhesiologie
- Intensivmedizin
- Schmerztherapie
- Notfallmedizin

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

Ihr Dr. med. Noe mit dem Team der Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Björn Ellger, Klinikdirektor
Telefon:	0231 8787 671
Fax:	0231 8787 674
E-Mail:	bjoern.ellger@klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Ernst Noe, Chefarzt
Telefon:	02307 149 216
Fax:	02307 149 204
E-Mail:	ernst.noel@klinikum-westfalen.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

Erläuterungen:

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

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

Allgemein- und Regionalanästhesie

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

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

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

Vor dem Eingriff gut betreut

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

Narkosen in der von uns durchgeführten Weise sind sehr sicher!

Während des Eingriffs gut betreut

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

Auch nach dem Eingriff gut betreut

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

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

oder dem Pflegepersonal. Wir können ihnen helfen.

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin
2	Allgemein- und Regionalanästhesie
3	Notfallmedizin

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

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

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-933	Funkgesteuerte Überwachung des Herzens (Telemetrie)	285
2	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	235
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	204
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	123
5	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	4
6	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	< 4
7	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	< 4
8	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
9	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	< 4
10	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	< 4
11	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	< 4
12	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	< 4
13	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	< 4

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,8	4,8	0	0	4,8	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,8	4,8	0	0	4,8	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	23,75	23,75	0	0	23,75	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,4	11,4	0	0	11,4	0,0

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

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	20	100
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	4	100
3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
5	Gynäkologische Operationen (15/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
6	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	54	100
7	Mammachirurgie (18/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
8	Hüftendoprothesenve (HEP)	164	100
9	Knieendoprothesenve (KEP)	110	100
10	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	157	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
11	Hüftendoprothesenve HüftEndoprothesenwe und - komponentenwechsel (HEP_WE)	10	100
12	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothese (KEP_IMP)	100	100
13	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE)	11	100
14	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	202	100
15	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	186	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	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,8
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	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	Statistische Auffälligkeit, qualitativ unauffällig
2 Dauer der Operation	
Kennzahl-ID	52128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	55 %
Vertrauensbereich	34,21 % - 74,18 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	86,9
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	20
Grundgesamtheit	20

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Prozessmangel durch interne Restrukturierung behoben
3	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,3
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig
4	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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	↔ verschlechtert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
5	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	81,82 %
Vertrauensbereich	52,3 % - 94,86 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	11
Grundgesamtheit	11
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation wg. niedriger Grundgesamtheit

6	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der g
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,2
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

7	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54022
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	81,82 %
	Vertrauensbereich	52,3 % - 94,86 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	91
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	11
	Grundgesamtheit	11
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation wg. niedriger Grundgesamtheit
8	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
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit e
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	97,26 %
	Vertrauensbereich	90,55 % - 99,25 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	71
Erwartete Ereignisse	73
Grundgesamtheit	73
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
9 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	95 %
Vertrauensbereich	76,39 % - 99,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	20
Grundgesamtheit	20
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
	Kennzahl-ID	54143
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	20
	Grundgesamtheit	20
	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	Dauer der Operation bis 45 Minuten	
	Kennzahl-ID	210
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	94,6
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	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	↻ unverändert
12	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1096
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,1
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
	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	↻ unverändert
13	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
	Kennzahl-ID	51398
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Refer

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
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	↻ unverändert

14	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
-----------	---

Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mi

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	79,61 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	15
Grundgesamtheit	15
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

15	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1089
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,7
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
16	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
	Kennzahl-ID	52315
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %

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

17	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	91
	Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	11,5
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,3
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet	
	Kennzahl-ID	51418
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,4
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	0
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51907
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikator
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	15,1
	Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
	Kennzahl-ID	52283
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	3,1
	Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

23	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
	Kennzahl-ID	52535
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	0
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	0

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust
Kennzahl-ID	50719
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	10,3
Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operat
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,3
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51846
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	96,3
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
	Kennzahl-ID	51847
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,4
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund
Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutsche
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	13,6
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
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

30	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	90,7
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
31	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,5
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,5 %
Vertrauensbereich	97,25 % - 99,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	201
Erwartete Ereignisse	202
Grundgesamtheit	202
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
33	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,44 %
Vertrauensbereich	96,92 % - 99,9 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,7
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	179
Erwartete Ereignisse	180
Grundgesamtheit	180
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
34	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2012
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	90,59 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	37
Grundgesamtheit	37
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

35	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2013
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	95,77 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,6
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	87
	Erwartete Ereignisse	87
	Grundgesamtheit	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	↻ verbessert
36	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	99,24 %
	Vertrauensbereich	95,8 % - 99,87 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,9
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	130
Erwartete Ereignisse	131
Grundgesamtheit	131
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

37	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,49 %
Vertrauensbereich	97,18 % - 99,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	196
Erwartete Ereignisse	197
Grundgesamtheit	197
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

38	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	9,26 %
Vertrauensbereich	4,02 % - 19,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	19,7
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	54
Grundgesamtheit	54
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

39	Vorbegende Gabe von Antibiotika	
Kennzahl-ID	54031	
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	100 %	
Vertrauensbereich	93,36 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	99,5	
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	54	
Erwartete Ereignisse	54	
Grundgesamtheit	54	

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

40 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,4
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	94,15 % - 94,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine A

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,7
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,6
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43	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
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	88,5
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
	Kennzahl-ID	52316
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	95,6
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
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

45	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
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,7
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	Kennzahl-ID	54001
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	95,86 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	89
Erwartete Ereignisse	89
Grundgesamtheit	89
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

47	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54003
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	17,5
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
48	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	94,93 %
Vertrauensbereich	89,9 % - 97,52 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,9
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	131
Erwartete Ereignisse	138
Grundgesamtheit	138
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
49	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Kennzahl-ID	54005
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,4 %
Vertrauensbereich	96,71 % - 99,89 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,8
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	168
Grundgesamtheit	168
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
50	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	95,91 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	90
Grundgesamtheit	90
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

51	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54015
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	12,12 %
	Vertrauensbereich	6,27 % - 22,14 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	11,5
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	66
	Grundgesamtheit	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	↻ unverändert
52	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	Kennzahl-ID	54016
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,8
Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

53	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,2
Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	10
Grundgesamtheit	10
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

54	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54018
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	6,06 %
	Vertrauensbereich	2,38 % - 14,57 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	4,4
	Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	66
	Grundgesamtheit	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	↻ unverändert
55	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	Kennzahl-ID	54019
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	5,49 %
	Vertrauensbereich	2,37 % - 12,22 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	2,4
Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	91
Grundgesamtheit	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	↻ unverändert

56	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	10,2
Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

57	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54020
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	96,3 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	97,4
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	100
	Erwartete Ereignisse	100
	Grundgesamtheit	100
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
58	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54021
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	94,2
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54023
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	96,65 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	99,7
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	111
	Erwartete Ereignisse	111
	Grundgesamtheit	111
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

60	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54026
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikato
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	94 %
Vertrauensbereich	87,52 % - 97,22 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	100
Grundgesamtheit	100
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

entfällt

Teilnahme am Endoprothesenregister (EPRD) Deutschland

Das EPRD hat die Förderung des Gesundheitswesens und die Verbesserung der Patientenversorgung im Bereich der Endoprothetik zum Ziel. Hierfür werden Standzeiten von Endoprothesen in Deutschland durch die Parameter Implantationszeitpunkt, Art der Prothese sowie Ende der Standzeit durch Explantation ermittelt. Dazu werden Versorgungs-, Qualitäts-, und Implantatdaten von allen implantierten und gewechselten Gelenkendoprothesen systematisch erhoben und mit den Daten einer Produktdatenbank verknüpft. Die Daten werden auf wissenschaftlicher Basis ausgewertet und interpretiert.

Qualitätssicherung Endoprothetikzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Durch die kontinuierliche Dokumentation, Analyse und Bewertung der erfassten Leistungen, erfolgt eine Sicherstellung der Behandlungsqualität. Als Qualitätsindikatoren werden in einem Kennzahlenkatalog unter anderem erfasst:

- 100% Röntgen der Hüfte präoperativ und postoperativ
- 100% Röntgen des Knies präoperativ und postoperativ
- 100% Präoperative Prothesenplanung
- < 2% Periprothetischer Infektionen jeweils bei Knie- und Hüftendoprothesen
- Durchführung einer Patientenbefragung
- Mind. 100 endoprothetische Versorgungen an Knie oder Hüftgelenken müssen pro Jahr operativ behandelt werden

Die Prüfung der Kennzahlen werden jährlich durch anerkannte Fachexperten der DGOOC sichergestellt.

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

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

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	27
--	----

- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	15
--	----

- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	15
--	----

* 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

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

Wegweisend und Impulsgebend in der Region

Wir - in unserer Region

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

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

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

Wir - für Individualität und Qualität

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

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

Diese Qualitätsansprüche erfüllen wir durch Fachkompetenz, Leistungsorientierung und die stetige

Optimierung unserer Arbeitsabläufe.

Wir - für den würdigen Umgang mit den Menschen

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

Dies basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen.

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

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

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

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

Die tägliche Zusammenarbeit ist geprägt durch ein hohes Maß an fachübergreifender Teamarbeit, Kooperation, offener Kommunikation und einem strukturierten

Informationsfluss sowie einem ausgeprägten Wir-Gefühl.

Wir - für die Zukunft

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

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

Wir bieten Sicherheit durch Information und Aufklärung nach anerkanntem Wissensstand, stehen den Patienten und Angehörigen beratend zur Seite und geben Anregung und Perspektive für eine möglichst hohe Lebensqualität. Wir sichern die Weiterentwicklung unseres Qualitätsniveaus durch ständige Fort- und Weiterbildung. Wir passen die Organisation unseres Hauses den sich verändernden Rahmenbedingungen an.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

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

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsmanagements zählen:

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

Der Nachweis über ein umfassendes, im gesamten Haus umgesetztes Qualitätsmanagementsystem erfolgt regelmäßig über die Zertifizierung nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®).

Als erstes Krankenhaus in Dortmund wurde das Knappschaftskrankenhaus 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 (Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschaftskrankenhaus 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 sowohl 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 auch in anderen Kliniken gilt die Sicherung der Patientenversorgung und somit der Erhalt aller Standorte als oberstes strategisches Ziel. Der Weg dorthin führt über

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

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

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

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

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

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

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

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Instrumente des Qualitätsmanagements dienen der Schulung, der Messung und Verbesserung der Qualität der Arbeitsprozesse und der Steuerung 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, Beschäftigten und einweisenden Ärzte durch externe Institute.

Informationswesen und Schulungen

Durch das elektronische Informationswesen, Schulungen und Teambesprechungen stellt das Krankenhaus den hohen Kenntnisstand und die umfassende Information aller Beschäftigten sicher. Durch eine hausinterne Mitarbeiterzeitung wird monatlich über aktuelle Neuerungen berichtet. Im Intranet des Krankenhauses werden den Beschäftigten alle gültigen Standards, Verfahrensanweisungen, Dienstanweisungen, Dienstvereinbarungen, Leitlinien und Pfade, und andere wesentliche Informationen zur Verfügung gestellt. Um die Aktualität der Dokumente zu gewährleisten, ist deren Gültigkeit zeitlich sinnvoll eingeschränkt. Nach Ablauf der eingetragenen Frist wird das Dokument 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 einmal 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 Audits durch akkreditierte Qualitätszertifizierungsunternehmen.

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

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

Klinische Konferenzen

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

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

Befragungen

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

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

Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung

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

Wartezeitenmanagement

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

externe Befragungen

interne Befragungen

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

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

Gremien & Kommissionen

Um die Struktur- und Prozessqualität bereichsübergreifend zu optimieren, eine interne Qualitätssicherung zu gewährleisten und Schnittstellenprobleme zu minimieren, sind verschiedene Kommissionen und Gremien eingerichtet, in denen die Teilnehmer die aus

ihrer Sicht notwendigen Verbesserungen anregen können. Organisatorische Aufgaben übernehmen die Betriebsleitung und das Chefarztgremium. Eine Hygienekommission überwacht und koordiniert alle Maßnahmen zur Feststellung, Behandlung und Vermeidung von Infektionen. Eine Transfusionskommission setzt die Leitlinien zur Therapie mit Blutprodukten und Plasmaderivaten sowie die Anwendung von Blutprodukten nach dem Transfusionsgesetz um. Eine Arzneimittelkommission legt den Arzneimittelbestand fest und berät die Abstimmung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Ein Arbeitsausschuss regelt alle Maßnahmen zur Arbeitssicherheit. Personen mit besonderen Aufgaben, sogenannte Beauftragte werden, entsprechend den gesetzlichen Forderungen und darüber hinaus, eingesetzt. Wie zum Beispiel freigestellte Hygienefachkräfte - sie entwickeln Hygienestandards, erstellen Infektionsstatistiken und führen Begehungen durch.

Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die dargestellten Projekte sind nur ein Ausschnitt dessen, was im Klinikum Westfalen im Bereich der qualitätsrelevanten Maßnahmen geleistet wird. Die Krankenhäuser befinden sich in einem Prozess der ständigen Verbesserung. Alle Projekte werden über die Betriebsleitung oder den Steuerkreis festgelegt und kontinuierlich in einer Projektstruktur fortgeschrieben. Sie umfasst große und kleine Projekte zu vielen unterschiedlichen Themen wie Ethik, Verbesserung von Arbeitsabläufen bei der Aufnahme, der Entlassung 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, partnerschaftlichem Verhalten und der Fortbildung von Konfliktmoderatoren bietet das Knappschaftskrankenhaus seinen Beschäftigten Rat und Hilfe bei Problemen an, die im Team selbst nicht gelöst werden können. Darüber hinaus wurde ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufgebaut, welches im Rahmen der Mitarbeiterorientierung als zukunftsweisend gilt. Ziel aller Aktivitäten ist und bleibt die stetige Weiterentwicklung aller Bereiche des Knappschaftskrankenhauses Dortmund zum Wohle des Patienten.

Projekt

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

Hintergrund

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

1. Aufbau einer interdisziplinären Lenkungsgruppe
2. Entwicklung einer Organisationsstruktur unter Einbeziehung aller stationären und ambulanten Kooperationspartner (Chirurgen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen,

Nuklearmedizinern, Radiologen, Internisten, Hämatonkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologie, Pathologen, Studienbeauftragten, Sozialdienst, Selbsthilfegruppen, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Stomatherapie, onkologischer 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 Klinikum Westfalen war es, die bereits bestehenden interdisziplinären stationären Strukturen auf die hohen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft anzupassen, weiter auszubauen und sich mit anderen Prostatazentren kontinuierlich zu vergleichen. Des Weiteren sollte durch eine enge Verzahnung mit dem ambulanten Bereich eine optimale Patientenversorgung von der Prävention bis zur Nachsorge sichergestellt werden.

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung:

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

Kooperationspartner (Urologen, Nuklearmedizinern, Radiologen, Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, Selbsthilfegruppe, Sozialdienst, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Stomatherapie, Psychoonkologie und onkologischer Pflege)

3. Einrichtung einer zertifizierten Tumorkonferenz für Prostatakrebspatienten
4. Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems mit Darstellung aller Prozesse über ein elektronisches

Qualitätshandbuch

5. Entwicklung eines Leitbildes
6. Aufbau einer Prostatasprechstunde
7. Etablierung eines zertifizierten Qualitätszirkels unter Einbeziehung aller internen und externen Partner
8. Aufbau einer elektronischen Tumordokumentation
9. Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsstrukturen zum Prostatazentrum

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung im Prostatazentrum erfolgt über:

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

Projekt

Patientensicherheit

Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten

Hintergrund

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

So wurde, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium, das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet, um einen höheren Sicherheitsstandard in der deutschen Krankenhauslandschaft zu etablieren. Bedingt durch die deutschlandweit stark verringerte Aufenthaltszeit der Patienten im Krankenhaus, müssen immer mehr Patienten innerhalb kürzerer Zeit von der Aufnahme bis zur Entlassung durch die Krankenhäuser geschleust werden. Diese Systematik führt zwangsläufig dazu, dass mehr Fehler passieren können, da die Leistungsdichte am Patienten zunimmt. Um die Fehlerquote zu reduzieren, wurde im 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 für Patientenidentifikationsarmbänder
3. Aufbau eines Schulungskonzeptes für Führungskräfte und Beschäftigte
4. Erarbeitung von Dokumentationsvorlagen und Verfahrensanweisungen
5. Anschaffung von speziellen Druckern für Patientenarmbänder
6. Pilotierung des Konzeptes inkl. einer Evaluation des Projektes
7. Testung unterschiedlicher Systeme im Pilotbereich
8. Nach Abschluss der Pilotphase erfolgte die Einführung über Bereiche des Krankenhauses

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

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

Projekt:

Qualitätszertifizierung der Diabetologie des Krankenhauses.

Hintergrund

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

Ziele

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

Maßnahmen und Umsetzung:

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

Evaluation und Zielerreichung

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

Projekt

Aufbau einer Schlaganfalleinheit (regionale Stroke Unit).

Hintergrund

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

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 eine Stroke Unit im Knappschafts Krankenhaus Dortmund aufzubauen.

Ziele

Folgende Ziele wurden definiert:

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen wurden im Verlauf des Projektes erarbeitet und implementiert:

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über

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

Über die oben dargestellten Projekte hinaus wurden viele weitere spezifische und interdisziplinäre Projekte im Knappschafts Krankenhaus durchgeführt und über Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel eingeführt. An dieser Stelle möchten wir auf die Arbeitsgruppen zum Entlassungsmanagement, Eingriffsverwechslungen im OP, Gestationsdiabetes, Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Einarbeitung neuer Beschäftigter, Wegeleitsystem, Elternschule, innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung, Umweltmanagement, Ethik, enterale Ernährung, Pfl egetätigkeiten, 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 werden ein Auditbericht, Abweichungsprotokolle und eine Aufgabenliste erstellt und intern veröffentlicht, die im Laufe des Jahres abgearbeitet werden. Um spezielle Prozesse noch genauer zu prüfen, wurden für eine Reihe von Arbeitsabläufen und Themengebieten eigene Prozessaudits eingerichtet. Dies betrifft vor allem den Themenkomplex Sicherheit im Krankenhaus. Transfusionsmedizinische Begehungen, Arzneimittelbegehungen, Hygienevisiten, Gefahrstoffaudit, Gefährdungsanalysen am Arbeitsplatz, Brandschutzbegehungen, Arbeitssicherheitsbegehungen und Datenschutzbegehungen werden anhand eigener Checklisten von Fachkräften und Beauftragten durchgeführt und protokolliert. Erkannte notwendige Verbesserungen werden vorgenommen, und auch die jeweiligen Checklisten werden neuen Gegebenheiten angepasst. Die Ergebnisse werden den verantwortlichen Kommissionen mitgeteilt und dort beraten. Dieses System aus internen und externen Begehungen und Kontrollen sichert die bereits vorhandene Qualität und ermöglicht eine stetige Weiterentwicklung.

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

Das Klinikum Westfalen stellt an sich hohe Qualitätsanforderungen und richtet sich intensiv danach aus, die interne Qualität durch externe Audits und Zertifizierungsverfahren überprüfen zu lassen. Dieser Weg führte dazu, dass sich das Klinikum Westfalen zu einem Vorreiter für unterschiedliche Zertifizierungsverfahren entwickelt hat. So erreichte das 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.