



Qualitätsbericht 2018

Klinikum Westfalen GmbH

Klinik am Park Lünen

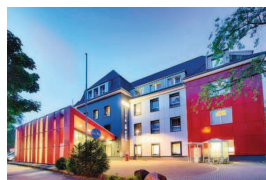
Strukturierter Qualitätsbericht für das
Berichtsjahr 2018
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

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	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
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	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	32
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin	33
B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Diabetologie und Angiologie	42
B-[3] Medizinische Klinik III - Klinik für Pneumologie	49
B-[4] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	56
B-[5] Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie	65
B-[6] Klinik für Thoraxchirurgie	75

B-[7]	Orthopädische Klinik	86
B-[8]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	95
B-[9]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	105
C	Qualitätssicherung	112
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	112
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	155
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	155
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	156
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	156
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	156
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	157
D-1	Qualitätspolitik	157
D-2	Qualitätsziele	163
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	163
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	164
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	167
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	172

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 und darüber hinaus Lütgendortmund zu garantieren und zugleich Top-Medizin auf höchstem Qualitätsniveau zu bieten.

Stärke im Verbund zum Vorteil der Patienten, 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 bis dahin kommunalen Hellmig-Krankenhaus in Kamen und zum 1.1.2015 mit dem Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund, das dann in "Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund" umbenannt wurde. Als Arbeitgeber mit rund 2.350 Beschäftigten, darunter mehr als 100 Auszubildenden, ist das Klinikum Westfalen ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region. Neben der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Städte Lünen und Kamen sowie die Stiftung Volmarstein Gesellschafter der Klinikum Westfalen GmbH.

Eingebunden ist die Klinikum Westfalen GmbH mit ihren vier Standorten in den Verbund der Knappschaft Kliniken, deren Hauptgesellschafter die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist. Die Zusammenarbeit im Verbund der Knappschaft Kliniken ermöglicht es, gemeinsam wirtschaftliche 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 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ein starkes Netz leistungsfähiger Akutkrankenhäuser und Reha-Kliniken, den Sozialmedizinischen Dienst und das Knappschaftsarztsystem.

Das Klinikum Westfalen ist Bestandteil des Gesundheitsnetzes "prosper Dortmund Lünen Kamen". Für eine optimale Patientenversorgung haben sich in den knappschaftlichen Gesundheitsnetzen prosper und proGesund niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser unter dem Dach der "Knappschaft" zusammengeschlossen. Mit dieser integrierten Versorgung wird eine Brücke zwischen ambulantem und stationärem Bereich geschlagen - das Medizinische Netz bündelt die Kräfte für die Gesundheit der Patienten.

Im Klinikum Westfalen wird nahezu das gesamte Leistungsspektrum der modernen Medizin angeboten. Dieses Spektrum wird kontinuierlich den neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin angepasst, um den anerkannt hohen Standard der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu halten oder noch weiter zu verbessern. Um diesen Erwartungen gerecht zu werden, stellt das 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, das seitdem stetig weiterentwickelt wird. Externe Überprüfungen sichern die Qualität der medizinischen

Leistungen in den Zentren des Klinikums Westfalen. Das Krebszentrum (Cancer Center) und die Organkrebszentren sind zum Beispiel nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Auch die Endoprothetikzentren in Dortmund und Kamen erfüllen höchste Qualitätsansprüche. Alle vier Krankenhäuser des Verbundes sind gemeinsam nach den hohen KTQ-Anforderungen zertifiziert, eine ganz besondere Bestätigung der Qualität der täglichen Arbeit der Beschäftigten.

In den letzten Jahren wurde das Leistungsangebot im Klinikum Westfalen stetig weiter ausgebaut - mit dem Herzzentrum Westfalen, zertifizierten AltersTraumaZentren sowie dem ebenfalls zertifizierten Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken. An den vier Standorten des Klinikums Westfalen erfolgte 2018 eine ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung von mehr als 150.000 Patientinnen und Patienten.

Im Klinikum Westfalen befinden sich die Patientinnen und Patienten in guten Händen, denn sie erwartet von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge eine außerordentlich hohe Behandlungsqualität. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt aller Bemühungen von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltung. Dazu tragen das hervorragende medizinische Niveau, gut ausgebildete und verständnisvolle Pflegekräfte, innovative Lösungen und eine zeitgemäße Ausstattung der Häuser bei. Durch nachhaltige Investitionen in die baulichen Strukturen wird auch den prozessorientierten Herausforderungen an eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung Rechnung getragen.

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.



Stefan Aust
Hauptgeschäftsführer



Michael Kleinschmidt
Geschäftsführer

Einleitung

Die Klinik am Park Lünen hat sich aus bescheidenen Anfängen vor mehr als 110 Jahren zu einem modernen Krankenhaus mit umfassendem Leistungsangebot entwickelt. Ein Wechsel des Gebäudes und umfassende bauliche Erweiterungen gehörten dazu. Gegründet wurde das Krankenhaus als kommunales Krankenhaus mit dem Namen Wilhelm-Augusta-Viktoria-Hospital. Heute gehört es als Klinik am Park Lünen zum Klinikum Westfalen. Mehrheitsgesellschafter ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Die Stadt Lünen zählt weiterhin zu den Gesellschaftern.

Neben der Grund- und Regelversorgung sind heute die Pneumologie, die Diabetologie und Gefäßmedizin oder die Mittelohrchirurgie als medizinische Schwerpunkte mit hohem Renommee etabliert. Das zertifizierte Lungenfachzentrum der Knappschaft Kliniken unter der Leitung von Chefarzt Dr. Burkhard Thiel hat hier seinen Kernstandort inklusive Thoraxchirurgie und umfassenden Pneumologischen Angeboten inklusive Beatmungseinheit, ECMO-Zentrum und Weaningzentrum.

Die Klinik am Park hielt 2018 neun Fachabteilungen vor:

- Chirurgie mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie
- Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin
- Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Medizinische Klinik I - Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin
- Medizinische Klinik II - Diabetologie und Angiologie
- Medizinische Klinik III - Klinik für Pneumologie
- Klinik für Orthopädie
- Klinik für Radiologie
- Klinik für Thoraxchirurgie

Besondere Schwerpunkte:

- Lungenfachzentrum
- Angiologie und Diabetologie
- WundKompetenzZentrum
- Mittelohr-Chirurgie

In der Klinik am Park werden eine interdisziplinäre Intensivstation, eine Zentrale Notaufnahme, eine Schmerzzambulanz und eine physikalische Therapie vorgehalten. Die gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor wird durch Kooperationen mit auf dem Krankenhausbereich befindlichen Gemeinschaftspraxen und durch eine enge Verzahnung mit den niedergelassenen Ärztenetzen und sonstigen Leistungsanbietern unterstrichen.

Leistungsspektrum

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

Erfolgreich ausgebaut wurde der Bereich Pneumologie unter der Leitung von Chefarzt Dr. Clemens Kelbel und die Thoraxchirurgie unter der Leitung von Chefarzt Dr. Burkhardt Thiel. Beide Kliniken arbeiten unter dem Dach des Lungenfachzentrums zusammen. Schwerpunkte der Arbeit des Lungenfachzentrums sind neben Krebserkrankungen die heute stark verbreitete chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD sowie Asthmaerkrankungen und Lungenentzündungen (Pneumonie). Hier werden aber auch Schlafstörungen und deren pneumologische Ursachen behandelt.

Innerhalb der internistischen Abteilung bietet das Krankenhaus hohe Kompetenz im Bereich Diabetologie, Angiologie und Wundmanagement. Seit September 2008 ist der Standort als eine der ersten Gesundheitseinrichtungen überhaupt als Wundkompetenz-Zentrum (TÜV Austria) zertifiziert worden.

Dem Krankenhaus ist es gelungen, sich als Spezialist für Hüft- und Knie-Endoprothetik im Kreis

Unna zu etablieren. Die diagnostischen Möglichkeiten zur Erkennung von Verletzungen großer Gelenke wurden durch die Einführung der Arthroskopie erweitert. Durch modernste Operationstechniken ist es möglich, die meist älteren Patienten schnell wieder zu mobilisieren. Dabei ist die gut aufgestellte Physiotherapie eine wichtige Unterstützung.

Auch durch das Medizinische Zentrum an der Klinik am Park ergibt sich eine intensive Vernetzung zwischen Praxen, Klinik und der sich anschließenden Nachsorge (z.B. über das RehaCenter im Medizinischen Zentrum).

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

Das Haus versorgt jährlich fast 7.000 stationäre und mehr als 12.000 ambulante Patienten.

Mitarbeiter

In der Klinik am Park arbeiten heute rund 285 Mitarbeiter. Die Klinik legt auch mit eigenen Weiterbildungsaktivitäten größten Wert auf die Qualifikation und den persönlichen Einsatz der Angestellten. Zuwendung der Mitarbeiter und modernste Medizintechnik gewährleisten gemeinsam eine hervorragende Patientenversorgung vor Ort.

Komfortstation/Service

Auch in Sachen Komfort hat sich die Klinik in den letzten Jahren den Bedürfnissen der Patienten angepasst. Um unseren Patienten ihren Krankenhausaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, wurden nahezu alle Krankenzimmer saniert und modernisiert. Für die gehobenen Ansprüche wurde eine eigene Komfortstation mit insgesamt 23 Betten errichtet. Die Zimmer sind gemäß dem Kriterienkatalog des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen hochwertig ausgestattet. Sie verfügen u.a. über einen kostenfreien Internetzugang, Flachbildfernseher, DVD-Player sowie über eine Mini-Bar und weitere Annehmlichkeiten. Zusätzliche Servicekräfte bieten individuelle Dienstleistungen an und tragen so zu einer baldigen Genesung in einer entspannenden Atmosphäre bei.

Perspektive

Starker Bedarf an Behandlungsangeboten im Bereich der Inneren Medizin war Anlass für das Klinikum Westfalen, Kapazitäten auszubauen. Schon jetzt hat das Lungenfachzentrum überregionale Bedeutung erlangt. Aktuell werden ergänzend neue räumliche Möglichkeiten durch den Anbau eines neuen Osttraktes geschaffen, der im Frühjahr 2020 fertig gestellt wird.

Innovation

Ein strukturierter Investitionsplan sorgt dafür, dass sich die medizinischen Geräte und Produkte stets auf dem aktuellen Stand der Technik befinden, um höchste Ansprüche in der Patientenversorgung sicher zu stellen.

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

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

Ihr direkter Draht zur Klinik: Tel. 0231 8787-0.

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

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Stefan Aust M. Sc., Hauptgeschäftsführer Klinikum Westfalen GmbH
Telefon:	0231 922 1901
Fax:	0231 922 1269
E-Mail:	stefan.aust@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:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Unternehmen/Qualitaetsmanagement_und_Qualitaetsberichte/index.php

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Kardiologie und Intensivmedizin
2	Hauptabteilung	Medizinische Klinik II - Klinik für Diabetologie und Angiologie
3	Hauptabteilung	Medizinische Klinik III - Klinik für Pneumologie
4	Hauptabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
5	Hauptabteilung	Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie
6	Hauptabteilung	Klinik für Thoraxchirurgie
7	Hauptabteilung	Orthopädische Klinik
8	Belegabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
9	Nicht-Bettenführend	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

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

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Stefan Aust M. Sc., Hauptgeschäftsführer
Telefon:	0231 922 1901
Fax:	0231 922 1269
E-Mail:	stefan.aust@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:	Klaus Böckmann, Pflegedirektor
Telefon:	0231 922 1801
Fax:	0231 922 1809
E-Mail:	klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Klinik am Park Lünen, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Oliver Niggemann, Krankenhausleitung
Telefon:	0231 8787 551
Fax:	0231 8765 75
E-Mail:	oliver.niggemann@klinikum-westfalen.de

Standort:	Klinik am Park Lünen, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kelbel, stellv. Ärztlicher Direktor

Telefon:	0231 8787 401
Fax:	0231 8787 470
E-Mail:	clemens.kelbel@klinikum-westfalen.de

Standort:	Klinik am Park Lünen, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Claudia Kuschel, Pflegedienstleitung
Telefon:	0231 8787 501
Fax:	0231 8765 75
E-Mail:	claudia.kuschel@klinikum-westfalen.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	INSTITUTIONSKENNZEICHEN
1	260591619

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
17	Aromapflege/-therapie
18	Asthmaschulung
19	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>
20	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Regelmäßige Arzt-Patienten-Seminare, Tage der offenen Tür, Vorträge zu Krankheitsbildern, Sommerfest, Kunstausstellungen, Krankenhausströdelmarkt, Sonnenfest der Geburtsstation</i>
21	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Zur Sicherstellung der Patientenversorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung werden für die betroffenen Patienten eine Grund- und Behandlungspflege oder auch eine stationäre Betreuung organisiert und die Finanzierung der Pflegeleistungen geklärt.</i>

Ergänzung:

MP14 - Diät- und Ernährungsberatung

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

MP15 - Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

Um die Kontinuität der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität nach der Entlassung zu gewährleisten, bietet die Klinik am Park den Dienst der Pflegeüberleitung in den ambulanten Sektor an.

Die weitere Planung der ambulanten/ stationären Pflege erfolgt in enger Absprache mit den jeweiligen Einrichtungen oder Personen.

MP51 - Wundmanagement

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

	LEISTUNGSANGEBOT
18	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Moslemkost</i>
19	Andachtsraum <i>Bei dem Andachtsraum handelt es sich um einen konfessionsneutralen Raum.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 160

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	6759
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	12882

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)	45,30	45,30	0,00	2,57	42,73
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	30,47	30,47	0,00	0,94	29,53
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
 Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	134,83	134,83	0,00	8,70	126,13
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
 Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ergotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	2,32	2,32	0,00	0,00	2,32
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	4,88	4,88	0,00	0,00	4,88
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	3,89	3,89	0,00	0,00	3,89
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,79	0,79	0,00	0,00	0,79

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Alle Kliniken, Stationen, die Hygiene sowie die technische Abteilung sind fester Bestandteil der regelmäßigen Qualitätszirkeln sowie QM-Steuergruppen.
Tagungsfrequenz des Gremiums:	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: 01.03.2018</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung; Einsatz und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 01.09.2018</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie Schmerz - VA Letzte Aktualisierung: 08.03.2018</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Sturzprophylaxe - VA Letzte Aktualisierung: 05.09.2019</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK PD Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - VA Letzte Aktualisierung: 05.09.2018</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA Letzte Aktualisierung: 05.09.2018</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK MP Meldung Vorkommnisse bei MP - VA Letzte Aktualisierung: 05.09.2018</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA Letzte Aktualisierung: 11.09.2018</i>

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Tätigkeiten im Aufwachraum - AA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 12.07.2018</i>
15	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.11.2018</i>

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

☒	Tumorkonferenzen
☒	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☒	Pathologiebesprechungen
☒	Palliativbesprechungen
☒	Qualitätszirkel
☒	Andere: CIRS-Fallbesprechungen

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: 16.07.2019</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: monatlich</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

CIRS, Patientenidentifikationsarmbänder, WHO-Checkliste, Team-Time-Out, MRSA-Abstriche bei jedem Patienten, Aktion saubere Hände, Sturz und Dekubitus, Konzept zur Eingriffsverwechslung, Zertifizierte Aufbereitung der Medizinprodukte nach DIN EN 13485 (inklusive kritisch C), pflegerisches Risiko Assessment

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

Genutzte Systeme:

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	16

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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	Kopfhaut	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: ☒ Ja

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

Auswahl: ☒ Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: ☒ Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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 auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	25
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	104

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

☐	AMBU-KISS
☒	CDAD-KISS
☒	HAND-KISS
☒	ITS-KISS
☒	MRSA-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☒	OP-KISS
☐	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	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/	Ja
3	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
4	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Patientenfuersprecher.php <i>Sprechzeiten: Jeden 1. und 3. Montag im Monat von 15:00 bis 17:00 Uhr</i>	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten_Besucher/Lob_und_Kritik/index.php?highmain=9&highsub=0&highsubsub=0 <i>Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenführsprecher finden Sie auf der Website.</i>	Ja
7	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
8	Patientenbefragungen	Ja
9	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Griga, Vorsitzender der Arzneimittelkommission ist Prof. Dr. Thomas Griga. Er ist zugleich Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Leiter des Zentrallabors
Telefon:	0231 922 1301
Fax:	0234 922 1319
E-Mail:	thomas.griga@klinikum-westfalen.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	13
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	15
Erläuterungen:	In Zusammenarbeit mit der Zentralapotheke des Universitätsklinikums Knappschaftskrankenhaus Bochum.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PDEntlassungsmanagement - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.10.2018</i>	
3	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PDEntlassungsmanagement - VA</i>	
5	SOP zur guten Verordnungspraxis
<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PDEntlassungsmanagement - VA</i>	
6	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenamen), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
7	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
8	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
9	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
10	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
11	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
12	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

☒	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
☐	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
☒	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
☐	Sonstiges

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln:

☒	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
☐	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
☒	Sonstiges

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

☒	Fallbesprechungen
☒	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☒	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☒	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
☒	Andere: 4-Augen Prinzip; Begehungen durch die Apotheke

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

☒	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
☒	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
☒	Aushändigung des Medikationsplans
☒	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
☐	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
2	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehand	
3	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
	z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse		
4	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung z. B. ECMO/ECLA		Ja
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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



Klinikdirektor
Dr. med. Clemens Kelbel

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

Als Leiter der Medizinischen Klinik I & III in der Klinik am Park Lünen freue ich mich, dass Sie sich für unseren Qualitätsbericht interessieren. Im Folgenden finden Sie einige wichtige Informationen. Unser Bestreben ist es, in einer menschlichen Atmosphäre alles zur Gesundung der uns anvertrauten Patienten zu tun.

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

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

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

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

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

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

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

Ihr

Dr. Clemens Kelbel mit dem Team der Medizinischen Klinik I

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kelbel, Stellv. Ärztlicher Direktor und Klinikdirektor der Pneumologischen Kliniken
Telefon:	0231 8787 401
Fax:	0231 8787 470
E-Mail:	clemens.kelbel@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
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 unserer Endoskopieabteilung erwarten Sie freundliche, fachkompetente, speziell für die Endoskopie weitergebildete Krankenschwestern. Für das gesamte Endoskopierteam ist eine einfühlsame und sichere Patientenbetreuung in einer persönlichen und freundlichen Atmosphäre eine Selbstverständlichkeit. Sie als Patient werden professionell vor, während und nach der Untersuchung mit modernster Technik überwacht. Während der Untersuchungen arbeiten wir mit Medikamenten, die völlige Schmerzfürfreiheit sicherstellen und einen schlafähnlichen Zustand herstellen.

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

- [Endoskopie](#)
- [Pneumologie](#)
- [Gastroenterologie](#)

- Kardiologie

Weitere Schwerpunkte der Abteilung liegen in den Bereichen Gastroenterologie, Kardiologie und Pneumologie.

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

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



Das Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken bündelt besondere Kompetenz in der Diagnostik und Therapie aller Lungenerkrankungen im starken Verbund der Knappschaft Kliniken. Unter dem Dach des Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken haben sich die Fachkliniken des Klinikum Westfalen und des Klinikum Vest für noch mehr Leistungsbreite und regionale Ausweitung

zusammengeschlossen und geöffnet für weitere Kliniken aus dem Verbund der Knappschaft Kliniken und für Patienten aus weiteren Krankenhäusern.

Teil dieses regionalen Qualitätszentrums sind das Lungenfachzentrum Westfalen und das Lungenzentrum Dortmund mit der langjährigen Tradition pneumologischer und thoraxchirurgischer Angebote und zertifizierter krebsmedizinischer Versorgungsstrukturen im Klinikum Westfalen. Lungenerkrankungen gehören schon seit Jahrzehnten zu den medizinischen Schwerpunktaufgaben der vier Krankenhäuser im Verbund des Klinikum Westfalen. Für alle Lungenerkrankungen bietet in dieser Tradition das Lungenfachzentrum an den beiden Kernstandorten Klinik am Park Lünen und Knappschaftskrankenhaus Dortmund umfassende Kompetenz von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge. Seit zehn Jahren wird im Klinikum Westfalen unter der Leitung von Chefarzt Dr. Clemens Kelbel die Kompetenz im Fach Pneumologie konsequent weiter ausgebaut. Mit der Fachklinik für Thoraxchirurgie unter der Leitung von Chefarzt Dr. Burkhard Thiel bietet das Klinikum Westfalen seit Jahren auch in der operativen Therapie besondere Kompetenz. Das Lungenfachzentrum arbeitet für die Behandlung bösartiger Erkrankungen der Lunge und des Rippenfells eng zusammen mit dem Krebszentrum (Cancer Center) im Klinikum Westfalen, dem ersten nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krebszentrum in NRW.

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

Vollstationäre Fallzahl:	1792
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	208
2	K29	Gastritis und Duodenitis	174
3	E86	Volumenmangel	102
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	77
5	I50	Herzinsuffizienz	70
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	57
7	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	53
8	K57	Divertikulose des Darmes	49
9	R55	Synkope und Kollaps	42
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	39

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	987
2	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	971
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	754
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	463
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	256
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	252
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	244
8	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	210
9	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	176
10	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	170

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	829

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,00	9,00	0,00	0,50	8,50	210,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,00	5,00	0,00	0,20	4,80	373,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	26,18	26,18	0,00	2,16	24,02	74,6

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

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

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

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

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



Chefarzt
Dr. med. Marcus Rottmann

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

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

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

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

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Marcus Rottmann, Chefarzt Innere Medizin II (bis 31.12.2019)
Telefon:	0231 8787 481
Fax:	0231 8787 490
E-Mail:	marcus.rottman@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Straße 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Kathrin Niemoeller, Chefärztin Innere Medizin II (ab 01.01.2020)
Telefon:	0231 8787 481
Fax:	0231 8787 490
E-Mail:	kathrin.niemoeller@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Straße 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

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

Angiologie

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

Leistungsspektrum:

- Gefäßmedizinische Beratung, auch zur Vorbeugung von Gefäßerkrankungen
- Moderne Farbultraschalluntersuchung des gesamten Gefäßsystems
- Dopplerdruckmessung an Armen und Beinen
- Kapillarmikroskopie zur Untersuchung der kleinsten Blutgefäße
- Venenklappentest und Venendruckmessung
- Sauerstoffdruckmessung
- Gefäßkatheteruntersuchung an Becken- und Beinarterien mit Ballonaufweitung und ggf. Stentanlage

Diabeteszentrum

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

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

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

Unsere Betreuung beinhaltet unter anderem:

- Tägliche Stoffwechselbesprechungen mit den Betroffenen
- Individuelle Therapieanpassungen in enger Zusammenarbeit mit unseren Diabetologen
- Regelmäßige Fallbesprechungen im Diabetesteam
- Anleitungen in die Blutzuckermess- und Injektionstechnik
- Diabetesorientierte Ernährungsberatung mit individuellen Empfehlungen
- Angehörigenschulungen
- Stoffwechseleinstellungen bei Patienten in Akut-Situationen wie Operationen, Cortisonstoßtherapie etc.
- Betreuung und Behandlung von Menschen mit übermäßig starker Insulinresistenz
- Betreuung von Patienten mit einer Insulinpumpe - spezielle Beratung für geriatrische Patienten

- Bedarfsorientierte Einzelschulungen/Beratungen für unsere stationären und ambulanten Patienten
- Sonderaktionen zum Weltdiabetestag (14. November)

Wir bieten zudem Gruppenschulungen für stationäre Patienten mit:

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

WKZ® - WundKompetenzZentrum

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	509
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	175
2	I83	Varizen der unteren Extremitäten	51
3	I87	Sonstige Venenkrankheiten	46
4	I70	Atherosklerose	46
5	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	30
6	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	14
7	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	11
8	A46	Erysipel [Wundrose]	10
9	I50	Herzinsuffizienz	9
10	I26	Lungenembolie	8

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	283
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	102
3	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	94
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	67
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	61
6	8-190	Spezielle Verbandstechniken	58
7	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	57
8	9-500	Patientenschulung	37
9	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	37
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	21

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

DIABETISCHE-FUßAMBULANZ

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

PRIVATAMBULANZ DR. ROTTMANN

Schwerpunkt: Diabetologische Erkrankungen, Wunden und Gefäßerkrankungen

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

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,30	2,30	0,00	0,20	2,10	242,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,30	2,30	0,00	0,00	2,30	221,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,66	11,66	0,00	0,96	10,70	47,6

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

B-[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-[3] Medizinische Klinik III - Klinik für Pneumologie

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



Chefarzt
Dr. med. Clemens Kelbel

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik III - Klinik für Pneumologie
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/index.php

Als Leiter der Medizinischen Klinik I & III in der Klinik am Park Lünen freue ich mich, dass Sie sich für unseren Qualitätsbericht interessieren. Im Folgenden finden Sie einige wichtige Informationen.

Unser Bestreben ist es, in einer menschlichen Atmosphäre alles zur Gesundung der uns anvertrauten Patienten zu tun. Dabei steht eine optimale Betreuung, die auf den neuesten Erkenntnissen der Medizin beruht im Mittelpunkt. Dabei ist uns eine harmonische und effektive Zusammenarbeit aller beteiligten medizinischen Disziplinen unter Einbeziehung des Patienten und seiner nächsten Angehörigen wichtig. Schwerpunkte unserer Klinik sind die Diagnostik und Therapie der chronischen Bronchitis (COPD), des Lungenemphysems, des Asthma bronchiale, der verschiedenen bösartigen Erkrankungen der Atmungsorgane und des Rippenfells, der pneumologischen Intensiv- und Beatmungsmedizin einschließlich des durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie zertifizierten Weaning-Zentrums, der Schlafmedizin (DGSM akkreditiertes Schlaflabor), der Pneumonien, Tuberkulose und der interstitiellen Lungenerkrankungen sowie die interventionelle Pneumologie mit Endoskopie und Thorakoskopie. Das Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken bündelt besondere Kompetenz in der Diagnostik und Therapie aller Lungenerkrankungen im starken Verbund der Knappschaft Kliniken. Unter dem Dach des Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken haben sich die Fachkliniken des Klinikum Westfalen und des Klinikum Vest für noch mehr Leistungsbreite und regionale

Ausweitung zusammengeschlossen und geöffnet für weitere Kliniken aus dem Verbund der Knappschaft Kliniken und für Patienten aus weiteren Krankenhäusern.
Wir freuen uns, wenn die Informationen des Qualitätsberichtes Ihnen weiterhelfen und stehen Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr
Dr. Clemens Kelbel mit dem Team der Medizinischen Klinik III

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kelbel, Stellv. Ärztlicher Direktor und Klinikdirektor der Pneumologischen Kliniken
Telefon:	0231 8787 401
Fax:	0231 8787 470
E-Mail:	clemens.kelbel@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/index.php

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

Erläuterungen:

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
4	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
6	Intensivmedizin
7	Diagnostik und Therapie von Allergien
8	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
9	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
11	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
12	Endoskopie
13	Palliativmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	1655
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	622
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	230
3	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	73
4	I50	Herzinsuffizienz	70
5	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	69
6	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	62
7	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	51
8	J45	Asthma bronchiale	46
9	I26	Lungenembolie	41
10	A41	Sonstige Sepsis	26

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	984
2	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	345
3	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	340
4	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	270
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	234
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	213
7	8-854	Hämodialyse	176
8	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	166
9	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	125
10	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	111

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,96	12,96	0,00	0,96	12,00	137,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,00	7,00	0,00	0,20	6,80	243,4

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Schlafmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	40,13	40,13	0,00	2,70	37,43	44,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Björn Schmitz

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

Wir heißen Sie ganz herzlich willkommen in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Klinik am Park Lünen.

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 Lünen.

Ihr Dr. med. Björn Schmitz mit dem Team der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Björn Schmitz, Chefarzt
Telefon:	0231 8787 421
Fax:	0231 8787 425
E-Mail:	bjoern.schmitz@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
2	Nierenchirurgie
3	Endokrine Chirurgie
4	Magen-Darm-Chirurgie
5	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
6	Tumorchirurgie
7	Minimalinvasive laparoskopische Operationen

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
8	Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	Spezialsprechstunde
10	Chirurgische Intensivmedizin

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

siehe bitte Punkt A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	997
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	100
2	K80	Cholelithiasis	62
3	K57	Divertikulose des Darmes	58
4	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	58
5	K35	Akute Appendizitis	46
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	46
7	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	39
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	39
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	35
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	32

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	461
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	450
3	5-916	Temporäre Weichteildeckung	428
4	5-469	Andere Operationen am Darm	225
5	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	148
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	136
7	8-179	Andere therapeutische Spülungen	131
8	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	118
9	8-190	Spezielle Verbandstechniken	108
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	75

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	19
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	11
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,85	7,85	0,00	0,68	7,17	139,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,98	3,98	0,00	0,33	3,65	273,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Sportmedizin

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,20	22,20	0,00	1,50	20,70	48,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
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-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5] Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Norbert Kunath

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

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

In der Ambulanz, die 24 Stunden geöffnet ist, wird die Notfallversorgung gesichert. Hier entscheidet sich, ob der Patient in eine weitere ambulante Behandlung des niedergelassenen Arztes entlassen werden kann, oder ob eine stationäre Behandlung in der Klinik erforderlich ist.

Bei diesen Entscheidungen handeln wir mit größter Sorgfalt, da das Wohl unserer Patienten eine "Herzessache" für uns ist.

Die operative Tätigkeit der Klinik umfasst als Schwerpunkte die Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie. Dank des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts im Bereich der Anästhesie und der Intensivmedizin ist es in unserem Hause möglich, größere Eingriffe mit einer enormen Sicherheit durchzuführen.

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

Unsere überregionale Bekanntheit im Bereich der Chirurgie resultiert daraus, dass sich die Klinik am Park mit jährlich über 300 Patienten im Bereich der Knie und Hüftendoprothetik zu einem Zentrum entwickelt hat, welches bei den niedergelassenen Ärzten im gesamten Umkreis unseres Hauses höchste Anerkennung genießt. Daneben werden nicht erst seit der bundesweiten Zusammenführung der Fachgebiete Unfallchirurgie und Orthopädie auch orthopädische Operationen wie z.B. Ballenkorrekturen (Hallux valgus), Hammerzehen, Tennis- und Golferkrankungen sowie Nerven-einklemmungen an Hand und Ellenbogen durchgeführt. Die physikalische Abteilung ergänzt die Chirurgie in unserem Hause durch eine qualifizierte Nachbehandlung.

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

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

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

Ihr

Dr. med. Norbert Kunath mit dem Team der Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Norbert Kunath, Chefarzt Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie
Telefon:	0231 8787 421
Fax:	0231 8787 425
E-Mail:	norbert.kunath@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>U.a. Krampfader-Chirurgie</i>
2	Magen-Darm-Chirurgie
3	Metall-/Fremdkörperentfernungen
4	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <i>Gelenkersatz im Bereich des Knies und der Hüfte</i>
5	Behandlung von Dekubitalgeschwüren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>In Zusammenarbeit mit der Inneren Medizin 2, Behandlung von Wunden und Geschwüren.</i>
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Arthroskopien, Kniegelenkersatz (TEP)</i>
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
13	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
14	Minimalinvasive endoskopische Operationen
15	Amputationschirurgie
16	Fußchirurgie <i>U.a. bei Diabetischem Fußsyndrom, in Zusammenarbeit mit der Inneren Medizin 2</i>
17	Spezialsprechstunde
18	Tumorchirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl:	730
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	88
2	S72	Fraktur des Femurs	59
3	S52	Fraktur des Unterarmes	57
4	S06	Intrakranielle Verletzung	49
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	46
6	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	43
7	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	40
8	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	40
9	M54	Rückenschmerzen	34
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	22

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	113
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	100
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	59
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	49
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	46
6	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	42
7	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	42
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	39
9	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	39
10	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	34

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Arthroskopische Operationen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

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

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

Adipositaschirurgie

Behandlung von Dekubitalgeschwüren

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

NOTFALLAMBULANZ

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

UNFALLCHIRURGISCHE AMBULANZ (DURCHGANGSARZTVERFAHREN/ BG-AMBULANZ)

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Metall-/Fremdkörperentfernungen

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

CHIRURGISCHE AMBULANZ

Abklärung zur Notwendigkeit sowie Voruntersuchungen zur Verkürzung eines stationären Aufenthaltes.

AM08 - Notfallambulanz (24h):

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	28
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	9
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
4	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
7	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,17	2,17	0,00	0,19	1,98	368,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,17	2,17	0,00	0,18	1,99	366,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,04	8,04	0,00	0,72	7,32	99,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

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

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

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

B-[6] Klinik für Thoraxchirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Burkhard Thiel

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Thoraxchirurgie
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Sehr geehrte Patientin,
 sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie ganz herzlich willkommen in der Abteilung für Thoraxchirurgie in der Klinik am Park Lünen im Verbund des Klinikums Westfalen.

Wir freuen uns, Sie begrüßen zu dürfen. Hier lernen Sie nicht nur unsere Mitarbeiter kennen, sondern Sie erhalten zudem auch wichtige Informationen zu unserem Leistungsspektrum in der Thoraxchirurgie und dem Ablauf im Krankenhaus. Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, die modernen Behandlungsmethoden in der 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 Lünen-Brambauer.

Ihr
 Dr. med. Burkhard Thiel und das Team der Thoraxchirurgie

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Burkhard Thiel, Chefarzt
Telefon:	0231 8787 671
Fax:	0231 8787 674
E-Mail:	burkhard.thiel@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

Erläuterungen:

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

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

undefined

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Lungenchirurgie
2	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
3	Operationen wegen Thoraxtrauma
4	Speiseröhrenchirurgie
5	Thorakoskopische Eingriffe
6	Mediastinoskopie

Behandlungsschwerpunkte der Thoraxchirurgie, die in der Klinik am Park Lünen angesiedelt ist, sind bösartige Erkrankungen der Lunge (Bronchialkarzinom), des Geweberaums in der Brusthöhle (Mediastinum), des Rippenfells und der Brustwand sowie gutartige Erkrankungen wie Pneumothorax, Brustfellentzündungen bzw. -vereiterungen (Empyeme).

Das operative Leistungsspektrum umfasst Erkrankungen an den Organen der Brusthöhle und benachbarter Regionen, darunter jegliche Operationen am Lungengewebe. Die Lungenchirurgie umfasst die Diagnostik, konservative, operative und postoperative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen der Lunge und ihrer Gefäße. In der Lungenchirurgie kommen bevorzugt lungenschonende Operationsverfahren zur Anwendung.

Die Klinik für Thoraxchirurgie arbeitet eng mit dem Lungenzentrum und der Klinik für Pneumologie zusammen. Die Thoraxchirurgie ist angebunden an die Tumorkonferenz, die interdisziplinär die Erarbeitung der jeweils passenden individuellen Therapie garantiert.

Beispiele:

- Operative Probengewinnung zur weiteren Diagnostik
- Operative Behandlung bösartiger und gutartiger Tumore der Lunge, der Brustwand, des Mittelfellraumes und des Zwerchfells
- Operative Behandlung von Lungenmetastasen
- Verminderung der Luftnot bei nicht operativem Tumor durch "frei brennen" (Argon Beamer) oder Einsatz von Röhrchen
- Operative Behandlung von Infektionen des Brustkorbs
- Operative und konservative Versorgung von Brustkorbverletzungen

Minimalinvasive oder offene Eingriffe

Die minimalinvasive Thoraxchirurgie wird auch Schlüsselloch-Chirurgie genannt. Zum Einsatz kommen Operationsmethoden, die für den Patienten weit weniger belastend sind und auch kosmetisch bessere Ergebnisse zeigen, als offene chirurgische Eingriffe. Dabei werden endoskopische Geräte eingesetzt. Bei der Single-Port-Chirurgie genügt ein kleiner Schnitt für den Einsatz von Videokamera und chirurgischen Instrumenten.

Inzwischen wird eine große Anzahl der thoraxchirurgischen Eingriffe minimalinvasiv ausgeführt.

Dazu zählt auch:

- Entnahme von Teilen der Lungen (Lungenteilresektionen)
- Entnahme der Lungenlappen (VATS-Lobektomie)
- Behandlung von Verklebungen des Brustfells bei chronischen Flüssigkeitsansammlungen zwischen Lungenfell und Brust- beziehungsweise Rippenfell (Pleuraergüsse)
- Spontaner Lungenkollaps (Spontanpneumothorax)

Wenn erforderlich werden Eingriffe, insbesondere größere Gewebeentnahmen, aber auch weiterhin offen ausgeführt.

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

siehe bitte Punkt A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	333
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	89
2	J86	Pyothorax	41
3	J93	Pneumothorax	34
4	J94	Sonstige Krankheitszustände der Pleura	21
5	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	18
6	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	18
7	J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	12
8	J43	Emphysem	12
9	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	7
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	358
2	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	293
3	5-344	Pleurektomie	202
4	1-710	Ganzkörperplethysmographie	175
5	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	140
6	5-322	Atypische Lungenresektion	120
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	119
8	5-349	Andere Operationen am Thorax	71
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	47
10	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	40

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50	133,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50	133,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,82	11,82	0,00	0,66	11,16	29,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

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

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[7] Orthopädische Klinik

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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



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



Orthopädische Klinik
Dr. med. Christian Zülch
Tel.: 02306 765580

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädische Klinik
Straße:	Brechtener Str.
Hausnummer:	59
PLZ:	44536
Ort:	Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2300) Orthopädie

(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie

(2309) Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Andres Michael Zabel, Chefarzt Orthopädische Klinik
Telefon:	0231 88080 710
Fax:	0231 88080 720
E-Mail:	info@kompetenz-praxis.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Klaus Peter Zimmermann, Chefarzt Orthopädische Klinik
Telefon:	0231 88080 710
Fax:	0231 88080 720
E-Mail:	info@kompetenz-praxis.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

Namen und Kontaktdaten des leitenden Belegarztes bzw. der leitenden Belegärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Zülch, Orthopädie/Handchirurgie
Telefon:	02306 765 580
Fax:	0231 88080 720
E-Mail:	christian.zuelch@klinikum-westfalen.de

Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

B-[7].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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

Erläuterungen:

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

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

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

operativ:

- Endoprothesen: Künstliche Hüft- und Kniegelenke
- Meniskusschaden
- Impingement-Syndrom (Schulter)
- Umstellungsoperation an Hüft- und Kniegelenken
- Arthroskopische Operationen von Knie, Schulter und Sprunggelenk

- Kniescheibenoperationen
- Fußoperationen
- Handoperationen (Sehnen-Nervenoperationen)
- Ellenbogenoperationen (Tennis-Golferellenbogen, Nervenoperationen)

konservativ:

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

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

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

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	90
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	32
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	15
3	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	11
4	M75	Schulterläsionen	11
5	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	7
6	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	6
7	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	< 4
8	M19	Sonstige Arthrose	< 4
9	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	< 4
10	M65	Synovitis und Tenosynovitis	< 4

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	32
2	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	25
3	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	15
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	11
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	7

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

FACHÄRZTLICHE PRAXIS DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE.

Arthroskopische Operationen

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

Endoprothetik

Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

Spezialsprechstunde

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-841	Operationen an Bändern der Hand	59
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	58
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	17
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	14
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	11
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
7	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0,53	0,53	0,00	0,01	0,52	173,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,53	0,53	0,00	0,01	0,52	173,1

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,80	2,80	0,00	0,00	2,80	32,1

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[7].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-[8] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

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

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

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

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

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

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

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

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

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Esther Schimanski, Chefärztin
Telefon:	0231 87 907
Fax:	0231 8787 460
E-Mail:	info@mittelohr.de
Adresse:	Brechtener Str. 57
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	http://www.mittelohr.de

Name/Funktion:	Dr. med. Thorsten Ockermann, Chefarzt
Telefon:	0231 87 907
Fax:	0231 8787 460
E-Mail:	info@mittelohr.de
Adresse:	Brechtener Str. 57
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	http://www.mittelohr.de

B-[8].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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlung der DKG nach §136a SGB V.

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Nähere Informationen erhalten Sie unter unserer Internetseite:

Zentrum für Mittelohrchirurgie Lünen

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

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	653
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	162
2	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	122
3	H80	Otosklerose	112
4	H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	86
5	J32	Chronische Sinusitis	53
6	H74	Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	32
7	Q16	Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen	13
8	H68	Entzündung und Verschluss der Tuba auditiva	10
9	H83	Sonstige Krankheiten des Innenohres	9
10	H70	Mastoiditis und verwandte Zustände	7

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-242	Audiometrie	417
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	392
3	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	386
4	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	250
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	191
6	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	190
7	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	172
8	5-203	Mastoidektomie	153
9	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	153
10	5-198	Fensterungsoperation des Promotoriums	72

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRAXISBETRIEB DES NIEDERGELASSENEN FACHARZTES.

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

PRAXISBETRIEB DES NIEDERGELASSENEN FACHARZTES.

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					326,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,00	6,00	0,00	0,00	6,00	108,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[8].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-[9] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Klinikdirektor
Prof. Dr. Björn Ellger



Chefarzt
Dr. Rafael Pulina

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

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. Rafael Pulina mit dem Team der Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(3700) Sonstige Fachabt.

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof.Dr. med. Björn Ellger, Klinikdirektor
Telefon:	0231 922 1001
Fax:	0231 922 1009
E-Mail:	bjoern.ellger@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Rafael Pulina, Chefarzt
Telefon:	0231 8787 671
Fax:	0231 8787 674
E-Mail:	rafael.pulina@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Brechtener Str. 59
PLZ/Ort:	44536 Lünen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

B-[9].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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

Erläuterungen:

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

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemein- und Regionalanästhesie

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

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

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

Vor dem Eingriff gut betreut

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

Narkosen in der von uns durchgeführten Weise sind sehr sicher!

Während des Eingriffs gut betreut

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

Auch nach dem Eingriff gut betreut

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

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

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

anschließen.

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

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

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

SCHMERZAMBULANZ
Allgemeine Schmerztherapie
KV-Zulassung auf Überweisung
CHEFARZTAMBULANZ
Allgemeine Schmerztherapie

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,99	7,99	0,00	0,03	7,96	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,99	6,99	0,00	0,02	6,97	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Intensivmedizin

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,00	6,00	0,00	0,00	6,00	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[9].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-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Gynäkologische Operationen (15/1)	4	100
3	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	25	100
4	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	218	100,5
5	Hüftendoprothesenve (HEP)	54	103,7
6	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	54	103,7
7	Knieendoprothesenve (KEP)	74	97,3
8	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothese (KEP_IMP)	74	97,3
9	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	299	100,7

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

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
	Ergebnis-ID	52283
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4.94 % (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im 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	Die Auffälligkeit wurde im Rahmen des internen QM analysiert. Ein strukturelles Fehlverhalten konnte nicht festgestellt werden.
2	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
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	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Es ist nachvollziehbar, dass es sich um einen schwierigen Einzelfall handelt.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Auffälligkeit liegt an begründeten Einzelfällen, ein strukturiertes Fehlverhalten konnte nicht festgestellt werden.

3	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54040
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4.28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im 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	Die Auffälligkeit wurde im Rahmen des internen QM analysiert. Ein strukturelles Fehlverhalten konnte nicht festgestellt werden.
4	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	0
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

6	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Ergebnis-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
7	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2.31 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	25
	Erwartete Ereignisse	61,76
	Grundgesamtheit	6642
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
8	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	98,67 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	285
	Erwartete Ereignisse	285
	Grundgesamtheit	285
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2009
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,59 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	268
Erwartete Ereignisse	268
Grundgesamtheit	268
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
10	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,22 % - 97,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	122
Erwartete Ereignisse	129
Grundgesamtheit	129

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

11	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,47 % - 99,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	219
Erwartete Ereignisse	220
Grundgesamtheit	220
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

12	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	35
	Erwartete Ereignisse	23,82
	Grundgesamtheit	285

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

13	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID		50722
Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,86 % - 99,23 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95.00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	273
Erwartete Ereignisse	278
Grundgesamtheit	278

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

14	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54020
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,93 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90.00 %
	Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	72
	Erwartete Ereignisse	72
	Grundgesamtheit	72
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
15	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54022
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

16

Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID 54021

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
17	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54028
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 8,7 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3.79 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,42
	Grundgesamtheit	72
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	50481
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

19	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54123
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5.00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,35 % - 1,46 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

20	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54124
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3.89 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

21	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	54125
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
22	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
	Ergebnis-ID	54127
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

23	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.	
	BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1	
	Referenzbereich	Sentinel-Event	
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %	
	FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0	
	Erwartete Ereignisse	65	
	Grundgesamtheit	65	
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich		
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert		
Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig			
Ergebnis-ID		54128	
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 98.54 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	74
	Erwartete Ereignisse	74
	Grundgesamtheit	74
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
24	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54001
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	88,97 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90.00 %
	Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	31
	Erwartete Ereignisse	31
	Grundgesamtheit	31
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
25	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54002
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

26

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand

Ergebnis-ID 54003

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15.00 %
Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,44 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85.00 %
Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %

FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	47	
Erwartete Ereignisse	47	
Grundgesamtheit	47	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	

28	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54012	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.	

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2.40 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
29	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54016
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5.72 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,46 % - 1,57 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	31
	Grundgesamtheit	31
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
30	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	54017
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

31	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54018
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 14,31 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11.41 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,45 % - 4,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	23
	Grundgesamtheit	23
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

32	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54019
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 7.50 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

33	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
Ergebnis-ID		54013
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,19 % - 0,23 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		33
Grundgesamtheit		33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

34	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	10271
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3.12 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	81
	Grundgesamtheit	81

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
35	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	79,01 % - 99,23 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	23
Grundgesamtheit	23
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

36	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54042
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,95 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2.17 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	3,52
	Grundgesamtheit	25
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

37	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54046
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 1,6 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2.07 (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	2,08
	Grundgesamtheit	25

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
38	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden	
Ergebnis-ID		54030
Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 15.00 %
Vertrauensbereich		13,85 % - 14,4 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

39	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)	
	Ergebnis-ID	54029
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4.50 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,18 % - 1,36 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54033
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2.24 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,01 % - 1,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
41	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID		10211
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		7,23 % - 8,07 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
42	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
Ergebnis-ID		12874
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		1,11 % - 1,33 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
43	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der	
	Ergebnis-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4.18
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60683
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH

	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
45	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

46	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	98,6 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	270
	Erwartete Ereignisse	270
	Grundgesamtheit	270
47	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2007
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		79,61 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		96,91 % - 97,56 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		15
Erwartete Ereignisse		15
Grundgesamtheit		15

48	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Ergebnis-ID	54010
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		88,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		98,03 % - 98,16 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		31
Erwartete Ereignisse		31
Grundgesamtheit		31

49	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Ergebnis-ID	54026
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	81,26 % - 95,21 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	65
	Erwartete Ereignisse	72
	Grundgesamtheit	72

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

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

Dort werden medizinische und ökonomische Daten analysiert.

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	74
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	74
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	
Prüfung durch Landesverbände:	
Ausnahmetatbestand:	
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	33
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	23
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	23

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

D-1 Qualitätspolitik

Selbstverständnis

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

Patient - Kunde - Partner

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

Qualität

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

Weiterentwicklung unseres Qualitätsniveaus durch ständige Fort- und Weiterbildung.

Zusammenarbeit und menschlicher Umgang

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

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

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

Wegweisend und Impulsgebend in der Region

Wir - in unserer Region

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

Unser Anliegen ist es, mit Spitzenleistungen, sowohl zu gesundheitlicher 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, voranzutreiben und die notwendigen Ressourcen bereitzustellen. Die strukturellen Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems wurden ebenso wie die Verantwortung und Befugnis des QM-Beauftragten festgelegt.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

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

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

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

D-1.2.5 Prozessorientierung

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

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

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

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

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

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

Grundsätzlich erfolgt eine Meldung an den Qualitätsmanagementbeauftragten.

Gravierende Fehler werden auch an die Geschäftsführung weiter geleitet.

Spezielle Meldeverfahren existieren für:

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

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

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

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

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

Kurze Kommunikationswege und Umsetzungszeiten sind garantiert.

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

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

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

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

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

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

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

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

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

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

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

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

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

Informationswesen und Schulungen

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

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

Interne Auditinstrumente

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

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

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

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

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

Beschwerdemanagement

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

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

Patientensicherheit

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

Klinische Konferenzen

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

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

Befragungen

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

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

Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung

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

Wartezeitenmanagement

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

externe Befragungen

interne Befragungen

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

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

Gremien & Kommissionen

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

Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

Projekt

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

Hintergrund

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die Etablierung eines Zertifizierungsverfahrens die Qualität der Versorgung von Krebspatienten durch einen interdisziplinären Ansatz und die Zusammenführung von ambulanten und stationären Strukturen nachhaltig in Deutschland zu verbessern. Diesem höchsten Qualitätsanspruch stellte sich das 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, Nuklearmediziner, Radiologen, Internisten, Hämatonkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologie, Pathologen, Studienbeauftragten, Sozialdienst, Selbsthilfegruppen, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Stomatherapie, onkologische Pflege, Breast Care Nurse, Thoraxchirurgen, Prostatakoordinator, Hospiz, Palliativzentrum, Seelsorge, Physiotherapie)

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

Evaluation und Zielerreichung

Die Evaluation der Zielerreichung im Onkologischen Zentrum erfolgt über

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

Projekt

Aufbau eines qualitätszertifizierten Prostatazentrums.

Hintergrund

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

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung :

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

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

Maßnahmen und Umsetzung:

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

Evaluation und Zielerreichung

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

Projekt

Aufbau einer Schlaganfalleinheit (regionale Stroke Unit).

Hintergrund

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

wenn ein Patient mit einem Schlaganfall versorgt werden muss. Da das 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, Eingriffsverwechselungen im OP, Gestationsdiabetes, Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Einarbeitung neuer Beschäftigter, Wegeleitsystem, Elternschule, Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung, Umweltmanagement, Ethik, Enterale Ernährung, Pflegetätigkeiten, Krankenhausinformationssystem, Qualitätssicherung, Lungenzentrum, Stroke Unit und Brustzentrum hinweisen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Selbstbewertung und Fremdbewertung nach KTQ und Diabetes

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

Im November 2016 wurden alle vier Standorte (Knappschafts Krankenhaus Dortmund, Klinik

am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

Bewertet werden die sechs Kategorien:

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

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

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

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

Bewertung des Qualitätsmanagements in den Organzentren

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

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

Bewertung der Qualität durch interne Audits

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

Das Qualitätsmanagement und Beauftragte erstellen für dieses Audit einen auf die einzelnen Bereiche zugeschnittenen Fragenkatalog für verschiedene Prozesse. Die Audits haben somit in sich eine organisierende Wirkung. Darüber hinaus werden im Audit die Kompetenzen und Erfahrungen der Beschäftigten genutzt, die aktiv um Verbesserungsvorschläge gebeten werden. Gegenstand der Begehung sind auch die Kenntnisse der Beschäftigten zu bestimmten Prozessen. Abschließend wird ein Auditbericht, Abweichungsprotokolle und eine Aufgabenliste erstellt und intern veröffentlicht, die im Laufe des Jahres abgearbeitet wird. Um spezielle Prozesse noch genauer zu prüfen, wurden für eine Reihe von Arbeitsabläufen und Themengebieten eigene Prozessaudits eingerichtet. Dies betrifft vor allem den Themenkomplex Sicherheit im Krankenhaus. Transfusionsmedizinische Begehungen, Arzneimittelbegehungen,

Hygienevisiten, Gefahrstoffaudit, Gefährdungsanalysen am Arbeitsplatz, Brandschutzbegehungen, Arbeitssicherheitsbegehungen und Datenschutzbegehungen werden anhand eigener Checklisten von Fachkräften und Beauftragten durchgeführt und protokolliert. Erkannte notwendige Verbesserungen werden vorgenommen, und auch die jeweiligen Checklisten werden neuen Gegebenheiten angepasst. Die Ergebnisse werden den verantwortlichen Kommissionen mitgeteilt und dort beraten. Dieses System aus internen und externen Begehungen und Kontrollen sichert die bereits vorhandene Qualität und ermöglicht eine stetige Weiterentwicklung.

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

Das Klinikum Westfalen stellt 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.