



### **Qualitätsbericht 2018**

Klinikum Westfalen GmbH  
Knappschaftskrankenhaus  
Lütgendortmund

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 .....	7
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 .....	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	15
A-10 Gesamtfallzahlen .....	15
A-11 Personal des Krankenhauses .....	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	32
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ....	33
B-[1] Medizinische Klinik - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin .....	33
B-[2] Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik .....	44
B-[3] Interdisziplinäre Schmerzklinik .....	54
C Qualitätssicherung .....	62
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	62

---

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	71
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	71
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	71
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr .....	71
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	72
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	72
D-1	Qualitätspolitik .....	72
D-2	Qualitätsziele .....	80
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	80
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	82
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	86
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	91

## 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.

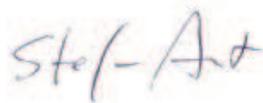
2001 schon wurde der Grundstein für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) gelegt, das seitdem stetig weiterentwickelt wird. Externe Überprüfungen sichern die Qualität der medizinischen

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

### Historie& Fakten

Als 30-Betten-Krankenhaus wurde das Lütgendortmunder Krankenhaus im Dezember 1898 seiner Bestimmung übergeben. 1900 ging es in die Hände der evangelischen Kirchengemeinde über. 1977 wurde der Neubau an der Volksgartenstraße eingeweiht. Zum 1. Januar 2015 wurde das Haus Teil des Klinikums Westfalen und heißt seitdem Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund.

Heute bietet es 291 Betten. Mehr als 6.500 stationäre und mehr als 23.500 ambulante Patienten wurden hier 2018 versorgt. Schwerpunkte liegen in der Psychiatrie, Altersmedizin, Suchtmedizin und Schmerzmedizin. Eine bestens ausgestattete Komfortstation wurde neu geschaffen.

Auch in der Nachsorge engagiert sich das Haus und wurde dafür vom Netzwerk "Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen" als "Selbsthilfefreundliches Krankenhaus" ausgezeichnet.

### Das Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund hielt 2018 vier Fachabteilungen vor:

- Die inzwischen unter gemeinsamer Leitung zusammengefassten Kliniken für Altersmedizin und für Innere Medizin
- Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Die Abteilung für Interdisziplinäre Schmerzmedizin

### Zentren

- Interdisziplinäres Zentrum für Suchtmedizin
- Zentrum für Altersmedizin
- AltersTraumaZentrum
- Schmerzzentrum

### Leistungsspektrum

Das Klinikum Westfalen und damit auch das Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund sind ein wichtiger Bestandteil im Gesundheitsnetz der Region.

Insbesondere die Altersmedizin, die Psychiatrie, das Suchtzentrum und die Schmerzmedizin bieten Angebote, die über das direkte Wohnumfeld hinaus genutzt werden.

Die Altersmedizin am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund hat sich zu einem starken Angebot für geriatrische Behandlungskonzepte entwickelt. Hier werden moderne interdisziplinäre Therapieansätze in speziell auf die Klientel zugeschnittenen Räumlichkeiten verwirklicht. Das Krankenhaus ist als Alterstraumatologisches Zentrum in Kooperation mit den Chirurgischen Abteilungen am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum und dem Hellmig-Krankenhaus Kamen zertifiziert.

Die Psychiatrische Klinik deckt ein weites Behandlungsspektrum ab. Verknüpft damit sind das Krisenzentrum Dortmund, die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und eine Tagesklinik. Hier wird auf niederschwellige Betreuung gesetzt, die möglichst früh greift und nachhaltige Therapie bietet. Interdisziplinär arbeitet auch das Suchtzentrum und kooperiert insbesondere eng mit Suchtberatungsstellen der Region.

Im Schmerzzentrum arbeiten mehrere Abteilungen mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten zusammen. Eine enge Kooperation wurde hier mit den Anästhesiologischen Kliniken im Klinikum Westfalen und der Orthopädie am Knappschaftskrankenhaus Dortmund sowie der dortigen Schmerzzambulanz geschmiedet. Von zentraler Bedeutung sind dabei multimodale Ansätze zur Erfassung aller Aspekte chronischer Schmerzerkrankungen.

Mit dieser Schwerpunktsetzung und im Gegenzug dem Abbau von Chirurgie und Anästhesiologie am Standort folgte das Klinikum Westfalen 2018 Vorgaben von Politik und Krankenkassen. Die

regionale Versorgung auch auf diesem Feld sichert unter anderem der kurze Weg zum Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum.

### Mitarbeiter

Im Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund arbeiten heute 400 Mitarbeiter. Die Klinik legt mit eigenen Weiterbildungsaktivitäten größten Wert auf die Qualifikation der Mitarbeiter. Zuwendung der Mitarbeiter und modernste Medizintechnik gewährleisten gemeinsam eine hervorragende Patientenversorgung vor Ort.

### Perspektive

Die Schwerpunkte Altersmedizin und das psychiatrische, suchtmittelmedizinische und psychotherapeutische Angebot am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund von der Institutsambulanz und der Tagesklinik bis zu stationären Angeboten sollen weiter ausgebaut, das Schmerzzentrum Westfalen weiter entwickelt werden.

### Innovation

Moderne räumliche Möglichkeiten und eine optimale medizintechnische Ausstattung bilden die Basis dafür, höchste Ansprüche in der Patientenversorgung sicher zu stellen.

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

Dieser strukturierte Qualitätsbericht gibt einen Einblick in die Leistungsfähigkeit der Klinik.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich auf unserer Homepage (<http://www.klinikum-westfalen.de>) oder direkt in der betreffenden Abteilung informieren.

Ihr direkter Draht zur Klinik: Tel. 0231 6188-0.

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

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

## Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationer/Kliniken/Lu/Altersmedizin/index.php">https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationer/Kliniken/Lu/Altersmedizin/index.php</a>	Medizinische Klinik - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin
2	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationer/Kliniken/Lu/Psychiatrie_Psychotherapie/index.php">https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationer/Kliniken/Lu/Psychiatrie_Psychotherapie/index.php</a>	Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie
3	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationer/Kliniken/Lu/Abteilung_Multimodal/index.php">https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationer/Kliniken/Lu/Abteilung_Multimodal/index.php</a>	Interdisziplinäre Schmerzlinik

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	Medizinische Klinik - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin
2	Hauptabteilung	Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik
3	Hauptabteilung	Interdisziplinäre Schmerzlinik

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund, Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
Straße:	Volksgartenstraße
Hausnummer:	40
IK-Nummer:	260590242
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.klinikum-westfalen.de">http://www.klinikum-westfalen.de</a>

## A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

### **Betriebsleitung -Klinikum Westfalen GmbH**

#### **Verwaltungsleitung**

Hauptgeschäftsführer  
Dipl. Kfm. Stefan Aust M. Sc.  
Tel.: 0231 922-1901  
Fax: 0231922-1269  
[stefan.aust@klinikum-westfalen.de](mailto:stefan.aust@klinikum-westfalen.de)

Geschäftsführer  
Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt  
Tel.: 0231 922-1264  
Fax: 0231 922-1269  
[michael.kleinschmidt@klinikum-westfalen.de](mailto:michael.kleinschmidt@klinikum-westfalen.de)

Krankenhausdirektor  
Stefan Grave  
Tel.: 0231 922-2203  
Fax: 0231 922-1269  
[stefan.grave@klinikum-westfalen.de](mailto:stefan.grave@klinikum-westfalen.de)

#### **Ärztliche Leitung**

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer  
Tel.: 0231 922-1101  
Fax: 0231 922-1109  
[karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de](mailto:karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de)

#### **Pflegerische Leitung**

Klaus Böckmann  
Tel.: 0231 922-1801  
Fax: 0231 922-1809  
[klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de](mailto:klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de)

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Matthias Wagner, Krankenhausleitung
Telefon:	0231 6188 256
Fax:	0231 6188 211
E-Mail:	matthias.wagner@klinikum-westfalen.de

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

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

## A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	260590242

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu
-----------------

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale  
Versorgungsverpflichtung?

Ja

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	Atemgymnastik/-therapie
3	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
5	Bewegungsbad/Wassergymnastik
6	Sporttherapie/Bewegungstherapie
7	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
8	Diät- und Ernährungsberatung
9	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
10	Ergotherapie/Arbeitstherapie
11	Manuelle Lymphdrainage
12	Medizinische Fußpflege
13	Physikalische Therapie/Bädertherapie
14	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
15	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
16	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
17	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
18	Schmerztherapie/-management
19	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
20	Spezielle Entspannungstherapie
21	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
22	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
23	Stomatherapie/-beratung
24	Wärme- und Kälteanwendungen
25	Wundmanagement
26	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

## MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

*Auszeichnung als Selbsthilfe-freundliches Krankenhaus durch die Organisation Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Krankenhaus NAKOS*

- |    |   |
|----|---|
| 27 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung   |
| 28 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining   |
| 29 | Sozialdienst  |
| 30 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit   |
| 31 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien<br><i>Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk "Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern" KAPDO</i> |
| 32 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege   |

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

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
2	Ein-Bett-Zimmer
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	Zwei-Bett-Zimmer
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
7	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i>
	<i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
8	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i>
	<i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
9	Telefon am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i>
	<i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 €</i>
	<i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
	<i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
10	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 2,4 €</i>
	<i>Telefon, TV, WLAN, Radio insgesamt 2,40€/Tag (inkl. Telefonie ins dt. Festnetz sowie die dt. Mobilfunknetze)</i>
11	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 1 €</i>
	<i>Max. Kosten pro Tag: 8 €</i>
	<i>über 100 Parkplätze stehen zur Verfügung</i>
12	Schwimmbad/Bewegungsbad
13	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
14	Seelsorge
15	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
16	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

LEISTUNGSANGEBOT	
17	<p>Hotelleistungen</p> <p><i>Komfortstation mit 14 Zimmern (22 Betten).</i></p>
18	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</p> <p><i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Diverse Angebote</i></p> <p><i>Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Individuelle Anpassung der Kostform in Absprache mit der Pflege/Ernährungsberatung</i></p>
19	Andachtsraum
20	Abschiedsraum

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	Besondere personelle Unterstützung
6	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
7	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
8	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
9	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
10	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
11	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
12	Allergenarme Zimmer
13	Diätetische Angebote
14	Dolmetscherdienst <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
16	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
17	Mehrsprachige Internetseite
18	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	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
3	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
4	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 291

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	5965
Teilstationäre Fallzahl:	212
Ambulante Fallzahl:	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	48,71	48,71	0,00	9,56	39,15
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	23,16	23,16	0,00	4,83	18,50
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0				

**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	145,11	145,11	0,00	3,60	141,51
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,50	3,50	0,00	0,00	3,50
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,59	8,59	0,00	1,35	7,24
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	5,16	5,16	0,00	0,00	5,16
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,85	1,85	0,00	0,00	0,60
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	24,48	24,48	0,00	11,50	12,98

**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	11,50	11,50	0,00	11,50	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)	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33
Ergotherapeuten	14,68	14,68	0,00	0,00	14,68
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	12,49	12,49	0,00	0,00	12,49
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	6,10	6,10	0,00	0,00	6,10

**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	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	14,68	14,68	0,00	0,00	14,68
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	12,49	12,49	0,00	0,00	12,49
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	11,50	11,50	0,00	11,50	0,00
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	6,10	6,10	0,00	0,00	6,10
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33

### 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:

quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, 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 - VA Letzte Aktualisierung: 08.03.2018</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Sturzprophylaxe - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 15.07.2019</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK PD Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - ED</i> <i>Letzte Aktualisierung: 05.09.2018</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA</i> <i>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</i> <i>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 Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 11.09.2018</i>
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:

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

### 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:	<b>Ja</b>
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 (Ärzttekammern 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 Krankenhaustygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	19

#### 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 und Chefarzt der Chirurgischen Klinik
Telefon:	0231 922 1101
Fax:	0231 922 1109
E-Mail:	karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:  Ja

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 Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	AUSWAHL
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja

	OPTION	AUSWAHL
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
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):	13
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	135

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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen  <i>Name: "MRE-Netzwerk" UnnaArbeitskreis "Hygiene und Infektionsschutz" Dortmund (ab 01.01. 2015)</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)  <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

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

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.  <a href="https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Beschwerdemanagement.php">https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Beschwerdemanagement.php</a>	Ja
2	Patientenbefragungen	Ja
3	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden  <a href="https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/">https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/</a>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
	<i>Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenfürsprecher finden Sie auf der Website.</i>	
4	Einweiserbefragungen	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).  <a href="https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/">https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/</a>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.  <a href="https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Patientenfuersprecher.php">https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Patientenfuersprecher.php</a>  Sprechstunde: donnerstags 14 bis 16 Uhr	Ja
8	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
9	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
10	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Michaela Stratmann, Sekretariat Geschäftsführung
Telefon:	0231 6188 255
Fax:	0231 6188 211
E-Mail:	michaela.stratmann@klinikum-westfalen.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Bodo Weirauch, Patientenfürsprecher
Telefon:	0231 6188 224
Fax:	
E-Mail:	bodo.weirauch@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:	Dr. med. Thomas Finkbeiner, Vorsitzender der Arzneimittelkommission ist Herr Dr. Thomas Finkbeiner. Er ist zugleich Chefarzt der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie.
Telefon:	0231 6188 231
Fax:	0231 6188 712
E-Mail:	thomas.finkbeiner@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 <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PDEntlassungsmanagement - VA 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>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
6	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), 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:

<input checked="" type="checkbox"/>	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
<input type="checkbox"/>	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
<input checked="" type="checkbox"/>	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges

### Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input checked="" type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3. 2)
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: 4 Augen Prinzip; Begehungen durch die Apotheke

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein
<i>Radiologische Gemeinschaftspraxis am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund</i>			
2	Elektroenzephalographie (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
3	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein
<i>Radiologische Gemeinschaftspraxis am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund</i>			
4	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin

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



Klinikdirektor  
**Dr. med. Martin Haas**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin
Straße:	Volksgartenstr.
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

Die Behandlungsstatistik unserer Abteilung weist ein großes Spektrum von Krankheitsbildern der gesamten Inneren Medizin auf. Erfahrene Fachärzte, Krankenschwestern und Pfleger, Physiotherapeuten, Diätberater aus unserem Ernährungsteam, wie auch Mitarbeiter des Sozialdienstes oder Krankenhausseelsorge kümmern sich um eine optimale Betreuung unserer Patienten. Da wir wissen, dass ein Krankenhausaufenthalt immer einen deutlichen Einschnitt in Ihren Alltag bedeutet, ist es uns ein großes Anliegen neben der besten medizinischen Versorgung vor allem auch eine angenehme Atmosphäre und persönliche Betreuung bieten zu können. Schon im Vorfeld werden wir Ihnen einige wichtige Informationen zu unserem Tätigkeitspektrum geben.

Ihr Dr. med. Martin Haas mit dem Team der Inneren Medizin

## B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(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. Martin Haas, Klinikdirektor
Telefon:	0231 6188 298
Fax:	0231 6188 359
E-Mail:	martin.haas@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Volksgartenstr. 40
PLZ/Ort:	44388 Dortmund
URL:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

## 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

**AltersTraumaZentrum DGU®**

Alterstraumazentrum der  
Klinikum Westfalen GmbH

ATZ-00561



Der Sturz beim älteren Menschen führt häufig zu erheblichen Folgen, zu einer knöchernen Verletzung und zur Gefährdung der Selbsthilfefähigkeit. Die Komplikationen und bleibenden Behinderungen beeinträchtigen die weitere Lebensführung und erhöhen den Pflegebedarf. Um dieses komplexe Geschehen sowohl chirurgisch als auch geriatrisch zu behandeln wurde im Klinikum-Westfalen das AltersTraumaZentrum (ATZ) entwickelt und von unabhängigen Experten geprüft und zertifiziert.

Die Klinik für Altersmedizin am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund arbeitet bei der Betreuung solcher Patienten unter dem gemeinsamen Dach des Klinikums Westfalen eng zusammen mit der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Hellmig-Krankenhaus Kamen. Beide Fachkliniken haben in enger Abstimmung eine gemeinsame Strategie zur Optimierung der Behandlung verunfallter Senioren entwickelt. Darüber hinaus gibt es eine städteübergreifende Zusammenarbeit mit der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Universitätsklinikums Knappschaftskrankenhaus Bochum unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Rüdiger Smechtala. Das gemeinsam erarbeitete Angebot wurde jetzt durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie als anerkanntes AltersTraumaZentrum (ATZ) zertifiziert.

Das unabhängige Zertifizierungsverfahren bestätigt die dabei garantierte Qualität. Die Auditoren bescheinigten der Altersmedizin am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund einen "Goldstandard". Das Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum ist ohnehin bereits als Teil eines regionalen Traumazentrums zertifiziert. Gemeinsames Ziel der neu im AltersTraumaZentrum verbundenen Partner ist es, älteren Patienten nach Sturzverletzungen wieder zu Mobilität und Lebensqualität zu verhelfen und wo immer möglich die Rückkehr in das häusliche Umfeld ohne pflegerische Unterstützung zu ermöglichen.

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

Auch für die Chirurgen ist es wesentlich, die Patienten im Blick auf ihr Alter ganz individuell zu betrachten. "Sturzverletzungen im Alter bedeuten eine besondere Herausforderung. Patienten bringen oft weitere Begleiterkrankungen mit und einen verschlechterten Allgemeinzustand, der den Heilungs- und Mobilisierungsprozess stark beeinflusst", so Dr. Dieter Metzner, Chefarzt der Kamener Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.

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

Das Ziel des AltersTraumaZentrums formulieren Dr. Haas und Dr. Metzner so: "Wir wollen älteren Patienten nach Sturzverletzungen wieder zu Mobilität und Lebensqualität zu verhelfen."

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
3	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
5	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	Intensivmedizin
9	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	3787
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	317
2	E86	Volumenmangel	225
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	170
4	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	155
5	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	138
6	I50	Herzinsuffizienz	131
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	115
8	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	112
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	108
10	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	100

## B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	2272
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1252
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	738
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	733
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	562
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	494
7	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	316
8	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	256
9	1-710	Ganzkörperplethysmographie	191
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	169

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	501
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	82
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	79

### 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)	26,04	26,04	0,00	0,40	25,64	147,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,68	8,68	0,00	0,17	8,51	445,0

#### 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-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Innere Medizin
3	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
4	Innere Medizin und Gastroenterologie
5	Innere Medizin und Kardiologie
6	Neurologie

#### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Geriatric
3	Intensivmedizin
4	Notfallmedizin
5	Palliativmedizin
6	Spezielle Schmerztherapie

## 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	65,52	65,52	0,00	0,00	65,52	57,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,74	5,74	0,00	0,00	5,74	659,8
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	5,16	5,16	0,00	0,00	5,16	733,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,98	12,98	0,00	0,00	12,98	291,8

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

ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienefachkraft
3	Pflege in der Rehabilitation
4	Pflege in der Endoskopie
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement
7	Hygienebeauftragte in der Pflege

### 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-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
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	0,0
Ergotherapeuten	1,70	1,70	0,00	0,00	1,70	2227,7
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	3,50	3,50	0,00	0,00	3,50	1082,0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	2,02	2,02	0,00	0,00	2,02	1874,8

**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-[2] Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik

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



Chefarzt  
**Dr. med. Thomas Finkbeiner**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik
Straße:	Volksgartenstr.
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

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

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

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

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

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

Akute Lebenskrisen, Depressionen, Angsterkrankungen und andere seelische Krankheiten wie Psychosen stellen relevante Krankheitsbilder dar, auf die unsere Therapieangebote zugeschnitten sind. Aber auch Menschen mit Gedächtnisstörungen oder Abhängigkeiten von Alkohol oder Medikamenten bieten wir ein individuelles und umfassendes

medizinisches und psychologisches Therapieprogramm an. Wir verwirklichen ein offenes Handlungsmilieu, das Schwellenängste nimmt und auf geschlossene Türen verzichtet. Unter Berücksichtigung des Lebensumfeldes, der zeitlichen Ressourcen und der gesunden Persönlichkeitsanteile wird der persönliche Therapieplan festgelegt.

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

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

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

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

#### Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Finkbeiner, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Psychiatrie, Psychotherapie & Tagesklinik
Telefon:	0231 6188 231
Fax:	0231 6188 357
E-Mail:	thomas.finkbeiner@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Volksgartenstr. 40
PLZ/Ort:	44388 Dortmund
URL:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

### 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

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

### Unser Behandlungsspektrum

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

### Behandlung ambulant

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

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

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

### **Behandlung in der Tagesklinik**

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

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

### **Behandlung stationär**

Einen Aufnahmetermin erhalten Patienten - außer bei Notfällen - von ihrem einweisenden Arzt, der Psychiatrischen Institutsambulanz, der Psychiatrischen Notfallambulanz und dem Dienstarzt.

Bei persönlicher Anmeldung wird der Aufnahmetermin über eine organisierte Warteliste der jeweiligen Station festgelegt.

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

Vollstationäre Fallzahl:	1720
Teilstationäre Fallzahl:	212

## B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	650
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	286
3	F20	Schizophrenie	173
4	F32	Depressive Episode	158
5	G30	Alzheimer-Krankheit	57
6	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	57
7	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	50
8	F31	Bipolare affektive Störung	43
9	F25	Schizoaffektive Störungen	41
10	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	37

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	15420
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	1572
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1391
4	8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]	515
5	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	401
6	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	377
7	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	327
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	287
9	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	234
10	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	230

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

## 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)	18,82	18,82	0,00	9,16	9,66	178,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,63	10,63	0,00	4,67	6,44	267,1

**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-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie
2	Psychiatrie und Psychotherapie

#### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Geriatric
3	Psychotherapie - fachgebunden -
4	Suchtmedizinische Grundversorgung

## 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	65,61	65,61	0,00	3,60	62,01	27,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,50	3,50	0,00	0,00	3,50	491,4
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,85	2,85	0,00	1,35	1,50	1146,7
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,25	1,25	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,50	11,50	0,00	11,50	0,00	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-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

### B-[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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	11,50	11,50	0,00	11,50	0,00	0,0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33	5212,1
Ergotherapeuten	12,98	12,98	0,00	0,00	12,98	132,5
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	8,99	8,99	0,00	0,00	8,99	191,3
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	4,08	4,08	0,00	0,00	4,08	421,6

**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-[3] Interdisziplinäre Schmerzlinik

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



Leitender Arzt  
**Dr. med. Sedat Spiekermann**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Interdisziplinäre Schmerzlinik
Straße:	Volksgartenstr.
Hausnummer:	40
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
URL:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

Die Interdisziplinäre Schmerzlinik im Klinikum Westfalen hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Lebensqualität chronisch schmerzkranker Menschen zu steigern. Dabei steht nicht der Schmerz allein, sondern der ganze Mensch im Fokus unseres multimodalen Therapiekonzeptes. Aktuelle Forschungsergebnisse stützen diesen Ansatz. Anerkannt wird heute die Bedeutung emotionaler und sozialer Faktoren für die Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung.

Die Interdisziplinäre Schmerzlinik trägt diesem ganzheitlichen Verständnis von Schmerz unter anderem durch die konsequente Integration von Therapieverfahren aus dem Bereich der Komplementärmedizin Rechnung. Zu solchen ergänzenden Angeboten gehört die Osteopathie. Sie ist fester Bestandteil unseres Therapiekonzeptes bei allen Patienten, deren Krankheitsbild dafür zugänglich ist. Wir sind bundesweit einer der Vorreiter bei der konsequenten Kombination schulmedizinischer und komplementärmedizinischer Therapieverfahren mit dem Ziel, dem Symptom Schmerz als Ausdruck einer komplexen Störung ganzheitlich begegnen zu können.

Ihr Dr. Sedat Spiekermann mit dem Team der Interdisziplinären Schmerzlinik

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(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. Sedat Spiekermann, Leitender Arzt
Telefon:	0231 6188 319
Fax:	0231 6188 332
E-Mail:	sedat.spiekermann@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Volksgartenstr. 40
PLZ/Ort:	44388 Dortmund
URL:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Björn Ellger, Leiter des Schmerzzentrums Westfalen
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:	<a href="https://www.klinikum-westfalen.de">https://www.klinikum-westfalen.de</a>

### 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

Im Zuge unseres ganzheitlichen Therapieansatzes nutzen wir:

- Medizinische und psychologische Diagnostik
  - Medikamentöse Therapie
  - Osteopathie
  - Methoden der Regionalanästhesie
  - Neuraltherapie
  - Neurostimulation (TENS, SCS)
  - Akupunktur
  - Kognitive Verhaltenstherapie
  - Schmerzbewältigungstraining
  - Progressive Muskelentspannung
  - Krankengymnastik
  - Krankgymnastik nach Bobath (Erwachsene)
  - Manuelle Therapie
  - MTT (Medizinische Trainingstherapie)
  - Elektrotherapie
  - Fango (Warmpackung)/Heißluft
  - Klassische Massagetherapie/Bindegewebsmassage
  - Ultraschall
  - Kinesio - Tape
  - Triggerpunkt/Faszientherapie
  - Ergotherapie
- (Motorisch-funktionell/sensomotorisch-perzeptiv/Hirnleistungstraining/psychisch-funktionell)
- Aromatherapie/Klangschalenthherapie/Kunsttherapie
  - Herzratenvariabilität
  - Hydrojetbehandlung
  - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Die Interdisziplinäre Schmerzmedizin arbeitet eng zusammen mit weiteren Fachkliniken des Klinikums Westfalen und externen Partnern sowie speziell niedergelassenen Ärzten.

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

siehe bitte Punkt A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	458
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54.4	Lumboischialgie	106
2	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	67
3	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	67
4	M47.27	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich	58
5	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	25
6	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	15
7	M54.10	Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	12
8	M54.5	Kreuzschmerz	8
9	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	7
10	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	7

### B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	207
2	M47	Spondylose	79
3	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	68
4	F45	Somatoforme Störungen	25
5	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	19
6	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	15
7	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
8	M48	Sonstige Spondylopathien	6
9	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	5
10	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	4

## B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	183
2	8-918.00	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Bis zu 20 Therapieeinheiten	167
3	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	149
4	8-918.10	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten	110
5	8-91b	Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	94
6	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	91
7	8-983.1	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	29
8	8-914.10	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule	24
9	8-914.1x	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	18
10	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	13

### B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### 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)	3,85	3,85	0,00	0,00	3,85	119,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,85	3,85	0,00	0,00	3,55	129,0

#### 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-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

#### B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

## 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	13,98	13,98	0,00	0,00	13,98	32,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,60	0,60	0,00	0,00	0,60	763,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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-[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

## 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	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	319	99,7
2	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	139	100,7

#### 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	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
	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	77,82 % - 94,23 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	60
Grundgesamtheit	60
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Aufgrund der Nähe zum Referenzbereich und einer Fehlinterpretation des Indikators kam es zu der Auffälligkeit. Ein strukturiertes Fehlverhalten lag nicht vor.
<b>2</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,26 % - 2,27 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 1.58 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,05 % - 1,07 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>33</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>19,23</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>140</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p><b>A41</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>📉 verschlechtert</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</p>	<p>Auffälligkeit liegt an begründeten Einzelfällen, ein strukturiertes Fehlverhalten konnte nicht festgestellt werden. Die statistisch auffälligen Patienten waren geriatrische Patienten mit einem sogenannten DNR-Status (Do-not-resuscitate = Nicht wiederbeleben)</p>

3	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>		<b>52009</b>
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		<p>diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2.31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		1,05 % - 1,07 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		23
Erwartete Ereignisse		47,01
Grundgesamtheit		5921

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>4</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
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.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5921
Grundgesamtheit	5921
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>5</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
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.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	96,07 % - 99,87 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	139
Erwartete Ereignisse	140
Grundgesamtheit	140
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
<b>6</b>	<b>Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2009</b>
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.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	87,19 % - 96,52 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	110
Erwartete Ereignisse	118
Grundgesamtheit	118
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verbessert

<b>7</b>	<b>Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2013</b>	
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	94,34 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	64
Grundgesamtheit	64
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8	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	95,98 % - 99,87 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95.00 %
	Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	136
	Erwartete Ereignisse	137
	Grundgesamtheit	137

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	🔗 verbessert

**9** **Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
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: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F</a>

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	95,92 % - 99,87 %
-------------------	-------------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	134
Erwartete Ereignisse	135
Grundgesamtheit	135

**10** **Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
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: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_F</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5
Grundgesamtheit	5

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

- 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

Trifft nicht zu.

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

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

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

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):	23
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	0
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	0

\* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe [www.g-ba.de](http://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 spezifische Leitbilder und eine Qualitätspolitik in den letzten Jahren für die Bereiche Pflege, Selbsthilfefreundlichkeit, Umweltmanagement, Wundkompetenzzentrum WKZ®, Darmzentrum, Prostatazentrum, Diabeteszentrum, Lungenzentrum, Schlaganfallereinheit und Brustzentrum erarbeitet.

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

# Wegweisend und Impulsgebend in der Region

### Wir - in unserer Region

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

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

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

### Wir - für Individualität und Qualität

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

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

Diese Qualitätsansprüche erfüllen wir durch Fachkompetenz, Leistungsorientierung und die stetige

Optimierung unserer Arbeitsabläufe.

### Wir - für den würdigen Umgang mit den Menschen

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

Dies basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen.

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

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

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

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

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

### Wir - für die Zukunft

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

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

Wir bieten Sicherheit durch Information und Aufklärung nach anerkanntem Wissensstand,

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

## D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

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

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsmanagements zählen:

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

Der Nachweis über ein umfassendes, im gesamten Haus umgesetztes Qualitätsmanagementsystem erfolgt regelmäßig über die Zertifizierung nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®). Als erstes Krankenhaus in Dortmund wurde das Knappschaftskrankenhaus Dortmund im Jahr 2005 mit dem Qualitätssiegel der KTQ® 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 gemeldet.

Spezielle Meldeverfahren existieren für:

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

### D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

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

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

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

Kurze Kommunikationswege und Umsetzungszeiten sind garantiert.

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

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

## D-2 Qualitätsziele

### D-2.1 strategische/ operative Ziele

Wie 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 einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

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

Der Weg dorthin führt über:

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

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

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

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

### Informationswesen und Schulungen

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

### Interne Auditinstrumente

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

Die Umsetzung und Einhaltung der Hygienestandards, Wundstandards, Diabetesstandards und Pflegestandards wird durch Begehungen der verschiedenen Bereiche mit Hilfe von Checklisten überprüft. Durchgeführt werden diese Begehungen durch die Pflegedirektion,

Wundmanagerin, Diabetesberaterin, Hygienefachkraft, Praxisanleitung und Abteilungsleitungen. Im Rahmen der Organzentren, Diabetes und Umwelt erfolgen jährliche externe Audit durch akkreditierte Qualitätssertifizierungsunternehmen.

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

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

### **Beschwerdemanagement**

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

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

### **Patientensicherheit**

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

### **Klinische Konferenzen**

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

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

### **Befragungen**

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

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

### **Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung**

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

### **Wartezeitenmanagement**

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

externe Befragungen

interne Befragungen

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

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

### **Gremien & Kommissionen**

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

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

**Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:**

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

## D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

### **Projekt**

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

### **Hintergrund**

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

### **Ziel**

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

### **Maßnahmen und Umsetzung**

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

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

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

### **Evaluation und Zielerreichung**

Die Evaluation der Zielerreichung im Onkologischen Zentrum erfolgt über:

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

### **Projekt**

Aufbau eines qualitätszertifizierten Prostatazentrums.

### **Hintergrund**

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

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

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

### **Ziel**

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

### **Maßnahmen und Umsetzung**

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung:

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

## 9. Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsstrukturen zum Prostatazentrum

### **Evaluation und Zielerreichung**

Eine Evaluation der Zielerreichung im Prostatazentrum erfolgt über:

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

### **Projekt**

Patientensicherheit

Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten.

### **Hintergrund**

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

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

### **Ziel**

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

### **Maßnahmen und Umsetzung**

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes:

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

### **Evaluation und Zielerreichung**

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

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

## **Projekt:**

Qualitätszertifizierung der Diabetologie des Krankenhauses.

### **Hintergrund**

Der Bundesverband klinischer Diabetologie und die Deutsche Diabetes Gesellschaft haben es sich zur Aufgabe gemacht, durch das QMKD-Modell, basierend auf KTQ, die Versorgungsqualität von Diabeteserkrankten Menschen nachhaltig zu verbessern. Diesem Qualitätsanspruch stellte sich das 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 Ausweitung
2. Erreichung eines guten Ergebnisses der Selbstbewertung in den Bereichen Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Information und Dokumentation, Führung und Qualitätsmanagement
3. Umsetzung der ermittelten Verbesserungspotentiale
4. Zertifizierte Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus durch den BVKD auf Grundlage QMKD (Qualitätsmanagement Klinischer Diabetes - Einrichtungen) auf der Basis der QMKD - Manuals inkl. QMKD - Katalog in der Version 5.2.2. Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (Stufe 2).

Maßnahmen und Umsetzung:

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

### **Evaluation und Zielerreichung**

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

## **Projekt**

Aufbau einer Schlaganfalleinheit (regionale Stroke Unit).

### **Hintergrund**

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

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

### **Ziele**

Folgende Ziele wurden definiert:

1. Konzepterstellung Stroke Unit
2. Aufbau der Strukturen gemäß den Anforderungen an qualitätszertifizierte regionale Stroke Units
3. Bau einer Stroke Unit mit 4 stationären Betten auf der Intensivstation/IMC
4. Transparente Darstellung der Organisation der Stroke Unit - Einheit
5. Zertifizierung 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 Qualitätsmanagementhandbuches inkl. Leitbild, Organisationsstruktur, Prozesse und Dokumente
7. Zertifizierung der Stroke Unit im Dezember 2009

### **Evaluation und Zielerreichung**

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über

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

Über die oben dargestellten Projekte hinaus wurden viele weitere spezifische und interdisziplinäre Projekte im Knappschaftskrankenhaus durchgeführt und über Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel eingeführt. An dieser Stelle möchten wir auf die Arbeitsgruppen zum Entlassungsmanagement, Eingriffsverwechselungen im OP, Gestationsdiabetets, 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 (Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

Bewertet werden die sechs Kategorien:

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

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

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

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

### **Bewertung des Qualitätsmanagements in den Organzentren**

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

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

### **Bewertung der Qualität durch interne Audits**

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

Das Qualitätsmanagement und Beauftragte erstellen für dieses Audit einen auf die

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

### **Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits**

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

### **Bewertung durch Vergleiche mit anderen Einrichtungen**

Eine weitere Methode zur Überprüfung der eigenen Qualität ist der Vergleich mit Anderen. Dieser Vergleich wird gezogen, indem die Befragungsergebnisse aus Mitarbeiter- und Patientenbefragungen durch die beauftragte Firma anonymisierten Befragungsergebnissen anderer Krankenhäuser gegenübergestellt werden. Bei einer solchen Darstellung werden Stärken und Verbesserungspotentiale deutlich und ermöglichen gezielte Maßnahmen. Das Klinikum Westfalen beteiligt sich außerdem aktiv an externen Vergleichen im Darmzentrum, Prostatazentrum, Brustzentrum, Diabetes, Stroke Unit, Wundmanagement, Umweltmanagement, klinischen Behandlungspfaden und in Abteilungen an Vergleichen mit anderen Einrichtungen. Über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus begreift das Klinikum Westfalen die Qualitätssicherung und -verbesserung als ethische Verpflichtung gegenüber seinen Beschäftigten und Patienten. Daher werden wir auch in Zukunft alles dafür tun, die Qualität unserer Leistungen kritisch zu überprüfen und auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nachhaltig zu verbessern.