



Qualitätsbericht 2019
Klinikum Westfalen GmbH
Hellmig-Krankenhaus Kamen

Strukturierter Qualitätsbericht für das
Berichtsjahr 2019
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Vorwort | 1 |
| Einleitung | 3 |
| A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-0 Fachabteilungen | 6 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 9 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 9 |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 9 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 13 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 14 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 14 |
| A-9 Anzahl der Betten | 15 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 15 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 15 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 19 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 33 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 33 |
| B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 35 |
| B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Intensivmedizin und allgemeine Innere Medizin | 35 |
| B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Gastroenterologie | 45 |
| B-[3] Medizinische Klinik III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin | 54 |
| B-[4] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie | 65 |

| | | |
|-------|--|-----|
| B-[5] | Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | 74 |
| B-[6] | Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie | 85 |
| C | Qualitätssicherung | 92 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 92 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 166 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 167 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 167 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge | 167 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 168 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 168 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 168 |
| D-1 | Qualitätspolitik | 171 |
| D-2 | Qualitätsziele | 175 |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | 176 |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements | 178 |
| D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte | 182 |
| D-6 | Bewertung des Qualitätsmanagements | 186 |

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, Lütgendortmund und darüber hinaus 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 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.

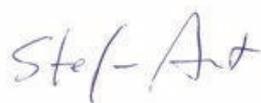
2001 schon wurde der Grundstein für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) gelegt, das seitdem stetig weiterentwickelt wird. Externe Überprüfungen sichern die Qualität der medizinischen

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. Eine Klinik für plastische Chirurgie und das Gefäßzentrum am Knappschaftskrankenhaus Dortmund mit einer Gefäßchirurgie und einer Angiologie erweiterten jüngst das Leistungsspektrum. An den vier Standorten des Klinikums Westfalen erfolgte 2018 eine ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung von mehr als 160.000 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 "Ehrendenkmal frommer Nächstenliebe" - so der damalige Pfarrer Friedrich Pröbting - wurde das Hellmig-Krankenhaus Kamen 1884/1885 in Betrieb genommen. Von der Schuhmacherwitwe Wilhelmine Hellmig gespendete 15.000 Mark lieferten den Grundstock für die stationäre Krankenversorgung in Kamen. In den Anfangsjahren stand die pflegerische Versorgung im Mittelpunkt. Heute ist daraus eine umfassende medizinische Versorgung auf Topniveau entstanden, belegt durch anerkannte Zertifizierungen.

Über Jahrzehnte entwickelte sich aus einem kleinen kirchennahen Krankenhaus das heutige Hellmig-Krankenhaus - ein wichtiger Standort der Gesundheitsversorgung in der Region. Ein Neubau sorgte vor 34 Jahren für mehr räumliche Kapazitäten. 2013 wurde das zuvor kommunal getragene Krankenhaus Teil des Klinikums Westfalen.

Hauptgesellschafter ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Stadt Kamen ist aber weiterhin einer der Gesellschafter. Zu diesem Verbund gehören auch das Knappschaftskrankenhaus Dortmund, das Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund und die Klinik am Park Lünen. Die vier Krankenhäuser sind zugleich Teil des Verbundes der Knappschaftskliniken.

Neben der medizinischen Grundversorgung mit einem breiten internistischen Angebot hat sich das Hellmig-Krankenhaus aktuell auf die Angiologie, Diabetologie, Onkologie, Gastroenterologie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und Viszeralchirurgie spezialisiert. Die Zentrale Notaufnahme ist ein wichtiger Baustein der Notfallversorgung der Stadt Kamen und des Kreises: Sie ist Anlaufstelle für viele Notfallpatienten.

Das Hellmig-Krankenhaus hält 6 Fachabteilungen und 7 Zentren vor:

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

Zentren

- Bauchzentrum
- Fußzentrum
- Handzentrum
- Diabeteszentrum
- EndoProthetikZentrum
- WundKompetenZentrum
- AltersTraumaZentrum

Leistungsspektrum

Das Klinikum Westfalen und speziell das Hellmig-Krankenhaus bilden einen wichtigen Bestandteil im Gesundheitsnetz der Region Kamen und Bergkamen.

Das Hellmig-Krankenhaus ist das einzige Kamener Krankenhaus und stellt die Grund- und Regelversorgung in Kamen und Umgebung sicher.

Es werden jährlich etwa 8.000 stationäre und mehr als 23.000 ambulante Patienten behandelt. Dem Hellmig-Krankenhaus Kamen wurde nach aufwändiger Prüfung gemeinsam mit den Verbundpartnern erneut durch externe Fachleute das KTQ-Siegel als besonderer Qualitätsbeweis zuerkannt.

Die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie hat sich als zertifiziertes Zentrum für Hüft- und Knie-Endoprothetik etabliert. Der dabei garantierte hohe Qualitätsstandard trug der Klinik die inzwischen mehrfach bestätigte Zertifizierung als erstes EndoProthetikZentrum in der Region Dortmund, Hamm und Kreis Unna ein. Unter der Leitung von Chefarzt Dr. Dieter Metzner werden rund 300 Gelenkersatz-Operationen jährlich an Hüfte und Knie durchgeführt.

Die Fachklinik hat außerdem gemeinsam mit der Altersmedizin am Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund ein Zentrum für Alterstraumatologie realisiert. Entwickelt wurde ein spezielles Konzept für die Behandlung von älteren Menschen nach Sturzverletzungen. Die externe Zertifizierung bestätigt, dass diese Kooperation zum Wohl der Patienten bestens umgesetzt ist. Durch modernste Operationstechniken ist es möglich, die meist älteren Patienten schnell wieder zu mobilisieren. Dabei bietet die gut aufgestellte Physiotherapie eine wichtige Unterstützung.

Innerhalb der Inneren Medizin liegt ein besonderer Schwerpunkt bei der Angiologie und Diabetologie sowie dem Wundmanagement. Die Medizinische Klinik I verfügt dazu unter anderem über eine moderne Angiographieanlage. Dieser Fachbereich wurde weiter ausgebaut mit neuem Wundbehandlungsraum, neuen Beratungsräumen und erneuerten Zertifizierungen als Fußbehandlungszentrum, Wundkompetenzzentrum und Diabeteszentrum DDG für Diabetes Typ I und II.

Die Gastroenterologie hat sich als eigene Klinik etabliert und firmiert als Medizinische Klinik II unter der Leitung von Chefarzt Dr. Kai Wiemer.

Eine weitere Internistische Klinik, die Medizinische Klinik III, leitet Chefarzt Dr. med. Peter Ritter. Mit der Fachklinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin setzt er einen weiteren Schwerpunkt. Unter der Leitung von Chefarzt Dr. Andreas Ludwig hat sich die Allgemein- und Viszeralchirurgie am Hellmig-Krankenhaus etabliert und bietet alle gängigen OP-Verfahren in diesem Fachgebiet.

Im Krankenhaus stehen eine Internistische Funktionsabteilung, die interdisziplinäre Intensivstation und die Zentrale Notaufnahme Patienten zur Verfügung. Die gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor wird auch durch Kooperationen mit der Radiologischen Praxis, einer großen Dialysepraxis und einer REHA-Einrichtung gesichert, die sich direkt am Standort etabliert haben. Im angrenzend entstandenen medizinischen Zentrum wurden zusätzliche medizinische Angebote angesiedelt. Eine enge Verzahnung pflegt das Krankenhaus mit weiteren niedergelassenen Ärzten und sonstigen Leistungsanbietern.

Mitarbeiter

Im Hellmig-Krankenhaus arbeiten heute rund 370 Mitarbeiter. Das Krankenhaus legt mit eigenen Weiterbildungsaktivitäten größten Wert auf deren Qualifikation. Zuwendung der Mitarbeiter und modernste Medizintechnik gewährleisten zusammen die hervorragende Patientenversorgung vor Ort.

Perspektive

Im Herbst 2019 leistete das Klinikum Westfalen einen wichtigen Baustein für die Gewinnung neuer Pflegekräfte und etabliert am Hellmig-Krankenhaus kamen eine neue Krankenpflegeschule. Zum 1.10.2019 startete dort ein Kurs für die dreijährige Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege mit 25 Plätzen am 01.04.2020 kamen weitere 25 Plätze für die einjährige Ausbildung zur Krankenpflegeassistenz hinzu. Perspektivisch soll das Angebot der Krankenpflegeschule Kamen auf insgesamt 100 Ausbildungsplätze ausgeweitet werden.

Nachdem bereits die Internistische Funktionsabteilung und die Stationen der Ebene 3

komplett erneuert wurden, wurden in 2019 die beiden Stationen 4a und 5a kernsaniert und wird 2020 die Erneuerung der Patientenzimmer in den Stationen 4b und 5b fortgesetzt. Geplant ist nun noch die Erneuerung der Ebene 6.

Innovation

Die medizinischen Geräte und Produkte werden fortlaufend auf dem aktuellen Stand der Technik gehalten, um höchste Ansprüche in der Patientenversorgung sicher zu stellen.

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

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

Ihr direkter Draht zur Klinik: Tel. 02307 149-0.

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

Verantwortliche:

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

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

Links:

| | |
|--|---|
| Link zur Internetseite des Krankenhauses: | https://www.klinikum-westfalen.de/index.php |
| Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht: | https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Unternehmen/Qualitaetsmanagement_und_Qualitaetsberichte/index.php |

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

| | ABTEILUNGSART | FACHABTEILUNG |
|---|---------------------|---|
| 1 | Hauptabteilung | Medizinische Klinik I - Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Intensivmedizin und allgemeine Innere Medizin |
| 2 | Hauptabteilung | Medizinische Klinik II - Klinik für Gastroenterologie |
| 3 | Hauptabteilung | Medizinische Klinik III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin |
| 4 | Hauptabteilung | Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| 5 | Hauptabteilung | Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie |
| 6 | Nicht-Bettenführend | Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie |

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| | |
|------------------|---|
| Name: | Klinikum Westfalen GmbH |
| PLZ: | 44309 |
| Ort: | Dortmund |
| Straße: | Am Knappschaftskrankenhaus |
| Hausnummer: | 1 |
| IK-Nummer: | 260591619 |
| Standort-Nummer: | 3 |
| Telefon-Vorwahl: | 0231 |
| Telefon: | 9220 |
| Krankenhaus-URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

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

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

| | |
|----------------|---|
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Dipl.-Kfm. Stefan Aust M. Sc., Hauptgeschäftsführer |
| Telefon: | 0231 922 1901 |
| Fax: | 0231 922 1269 |
| E-Mail: | stefan.aust@klinikum-westfalen.de |

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

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

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Klaus Böckmann, Pflegedirektor |
| Telefon: | 0231 922 1801 |
| Fax: | 0231 922 1809 |
| E-Mail: | klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de |

Leitung des Standorts:

| | |
|----------------|---|
| Standort: | Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH |
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Ansgar Schniederjan, Krankenhausleitung (ab dem 01.06.2019) |
| Telefon: | 02307 149 337 |
| Fax: | 02307 149 276 |
| E-Mail: | ansgar.schniederjan@klinikum-westfalen.de |

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

| | |
|----------------|---|
| Leitung: | Ärztliche Leitung |
| Name/Funktion: | Dr. med. Markus Rottmann, stellv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Medizinischen Klinik I |
| Telefon: | 02307 149 251 |
| Fax: | 02307 149 200 |
| E-Mail: | marcus.rottmann@klinikum-westfalen.de |

| | |
|----------------|--|
| Standort: | Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH |
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Gabriele Heinze, Pflegedienstleitung |
| Telefon: | 02307 149 331 |
| Fax: | 02307 149 221 |
| E-Mail: | gabriele.heinze@klinikum-westfalen.de |

| | |
|----------------|--|
| Standort: | Hellmig-Krankenhaus Kamen, Klinikum Westfalen GmbH |
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Stefanie Vollstädt, Pflegedienstleitung |
| Telefon: | 02307 149 701 |
| Fax: | 02307 149 221 |
| E-Mail: | stefanie.vollstaedt@klinikum-westfalen.de |

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

| INSTITUTIONSKENNZEICHEN | |
|-------------------------|-----------|
| 1 | 260591481 |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

| MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT | |
|--|--|
| 14 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |
| 15 | Manuelle Lymphdrainage <i>Die Lymphdrainage ist eine Variante der klassischen Massage und soll den Abtransport der Lymphflüssigkeit aus den Körpergeweben fördern. Sie wird nach ärztlicher Anordnung durch speziell ausgebildete Therapeuten in der Abteilung für Physiotherapie angeboten. REHA Kamen</i> |
| 16 | Massage <i>In der Abteilung für Physiotherapie werden nach ärztlicher Anordnung verschiedene Massagen durchgeführt.</i> |
| 17 | Medizinische Fußpflege <i>Die medizinische Fußpflege wird durch die hauseigene Podologie vorgenommen.</i> |
| 18 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Kooperation mit der am Krankenhaus angegliederten REHA Kamen</i> |
| 19 | Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Kooperation mit der am Krankenhaus angegliederten REHA Kamen</i> |
| 20 | Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| 21 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Kooperation mit der am Krankenhaus angegliederten REHA Kamen</i> |
| 22 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse |
| 23 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst |
| 24 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Kooperation mit der am Krankenhaus angegliederten REHA Kamen</i> |
| 25 | Schmerztherapie/-management |
| 26 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>[z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen]</i> |
| 27 | Stomatherapie/-beratung |
| 28 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik |
| 29 | Wärme- und Kälteanwendungen <i>Wärme- und Kälteanwendungen werden nach ärztlicher Anordnung durch die REHA Kamen durchgeführt.</i> |
| 30 | Wundmanagement <i>Fachpflegekräfte für Wundmanagement</i> |
| 31 | Sozialdienst <i>Beratung für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben.</i> |
| 32 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit |
| 33 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| | LEISTUNGSANGEBOT |
|---|--|
| 1 | Ein-Bett-Zimmer |
| 2 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) |
| 3 | Zwei-Bett-Zimmer |
| 4 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |
| 5 | Seelsorge/spirituelle Begleitung |
| 6 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen |
| 7 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen |
| 8 | Abschiedsraum |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|----------------|----------------------------------|
| Name/Funktion: | Jutta Mack, Sozialdienst |
| Telefon: | 0231 922 1080 |
| Fax: | 0231 922 1878 |
| E-Mail: | jutta.mack@klinikum-westfalen.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT | |
|------------------------------|--|
| 1 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung |
| 2 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| 3 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| 4 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen |
| 5 | geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) |
| 6 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |
| 7 | Diätetische Angebote |
| 8 | Dolmetscherdienst <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i> |
| 9 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i> |
| 10 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN | |
|---|--|
| 1 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten |
| 2 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| 3 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen |

| AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN | |
|---|---|
| 4 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |
| 5 | Doktorandenbetreuung |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 207

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|--------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 7959 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |
| Ambulante Fallzahl: | 16795 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 50,04 | 49,87 | 0,17 | 4,11 | 45,93 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 34,58 | 33,58 | 1,00 | 2,94 | 31,64 |
| Belegärztinnen und Belegärzte | 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 96,72 | 96,72 | 0,00 | 4,39 | 92,33 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 9,07 | 9,07 | 0,00 | 0,00 | 9,07 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 2,75 | 2,75 | 0,00 | 0,00 | 2,75 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,65 | 0,65 | 0,00 | 0,00 | 0,65 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 7,60 | 7,60 | 0,00 | 0,00 | 7,60 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 8,97 | 8,97 | 0,00 | 0,00 | 8,97 |

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. |
|--|------|--------|---------|------|-------|
| Diätassistentin und Diätassistent | 1,80 | 1,80 | 0,00 | 0,00 | 1,80 |
| Erzieherin und Erzieher | 0,51 | 0,51 | 0,00 | 0,00 | 0,51 |
| Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) | 2,38 | 2,38 | 0,00 | 0,00 | 2,38 |
| Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter | 0,35 | 0,35 | 0,00 | 0,00 | 0,35 |
| Sozialpädagogin und Sozialpädagoge | 0,40 | 0,40 | 0,00 | 0,00 | 0,40 |
| Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater | 0,80 | 0,80 | 0,00 | 0,00 | 0,80 |
| Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement | 2,92 | 2,92 | 0,00 | 0,00 | 2,92 |

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

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

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| | INSTRUMENT BZW. MAßNAHME |
|---|--|
| 1 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Chancen- und Risikomanagement - SOP Letzte Aktualisierung: 11.11.2019</i> |
| 2 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| 3 | Mitarbeiterbefragungen |
| 4 | Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Innerklinisches Notfallmanagement - VA ; Einsatz- und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 22.10.2019</i> |
| 5 | Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie Schmerz - VA Letzte Aktualisierung: 20.08.2020</i> |
| 6 | Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzprophylaxe - VA Letzte Aktualisierung: 30.10.2019</i> |
| 7 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - ED Letzte Aktualisierung: 23.01.2020</i> |

| INSTRUMENT BZW. MAßNAHME | |
|--------------------------|--|
| 8 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 23.01.2020</i> |
| 9 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Meldung Vorkommnisse bei MP - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 12.08.2020</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: Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 14.08.2020</i> |
| 14 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Tätigkeiten im Aufwachraum - AA & Standard</i> <i>Anästhesie-Pflege Routinetätigkeiten - AA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 20.08.2020</i> |
| 15 | Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.11.2019</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: | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: | monatlich |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: | CIRS, Patientenidentifikationsarmbänder, WHO-Checkliste, Team-Time-Out, MRSA-Abstriche bei jedem Patienten, Aktion saubere Hände, Sturz und Dekubitus, Konzept zur Eingriffsverwechslung, Zertifizierte Aufbereitung der Medizinprodukte nach DIN EN 13485 (inklusive kritisch C), pflegerisches Risiko Assessment |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

Genutzte Systeme:

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

jährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| PERSONAL | ANZAHL |
|---|--------|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker | 1 |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 5 |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 13 |

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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 (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

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

| | 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): | 27 |
| Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen: | Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag): | 118 |

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|--|---------|
| 1 | Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). | Ja |
| 2 | Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu 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" Unna"Arbeitskreis "Hygiene und Infektionsschutz" Dortmund</i> |
| 3 | Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) |
| 4 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten |
| 5 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen |

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| | LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT | ERFÜLLT? |
|---|---|----------|
| 1 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/ | Ja |
| 2 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/ | Ja |
| 3 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | Ja |
| 4 | Einweiserbefragungen | Ja |

| | LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT | ERFÜLLT? |
|----|---|----------|
| 5 | Patientenbefragungen | Ja |
| 6 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. | Ja |
| 7 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. http://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten_Besucher/Lob_und_Kritik/index.php?highmain=7&highsub=0&highsubsub=0 <i>Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenfürsprecher finden Sie auf der Website.</i> | Ja |
| 8 | Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Patientenfuersprecher.php <i>Sprechzeit: Dienstags 10:00 bis 12:00 Uhr</i> | Ja |
| 9 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). | Ja |
| 10 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja |

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|--|---|
| Anzahl Apotheker: | 15 |
| 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) |
| 5 | SOP zur guten Verordnungspraxis |
| 6 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |

| INSTRUMENT BZW. MAßNAHME | |
|--------------------------|--|
| 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 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 Kapitel 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 der Patientin oder 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 | |
|------------------------|--|
| 1 | Angiographiegerät/DSA |
| 2 | Computertomograph (CT) |
| 3 | Gerät für Nierenersatzverfahren z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse |
| 4 | Magnetresonanztomograph (MRT) |

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart: Ja

Stufen der Notfallversorgung:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1:

Umstand: Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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



Chefarzt
Dr. med. Marcus Rottmann

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

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

In unserem Haus finden Sie ideale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung: Das

medizinische Können der Ärzteschaft, die qualifizierte Betreuung durch unsere Pflegekräfte, modernste medizintechnische Ausstattung und nicht zuletzt die angenehme Atmosphäre im gesamten Haus.

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

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1 | (0100) Innere Medizin |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Marcus Rottmann, Chefarzt |
| Telefon: | 02307 149 251 |
| Fax: | 02307 149 200 |
| E-Mail: | marcus.rottmann@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

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

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

Neben der Behandlung von Patienten im Bereich der allgemeinen Inneren Medizin sind

folgende Behandlungsschwerpunkte besonders hervorzuheben:

Angiologie:

Im angiologischen Teil der Medizinischen Klinik I steht die moderne, nicht-invasive Diagnostik sämtlicher Gefäßprovinzen von Arterien, Venen und Kapillaren zur Verfügung. Im interventionellen Segment ist eine moderne Angiographieeinheit zur Durchführung von Ballondilatationen, Stentimplantationen und Lysetherapien am arteriellen Gefäßsystem im Schwerpunkt im Bereich der Becken- und Beinarterien möglich. Hier sind neben 3 Fachärzten für Angiologie auch angiologisch-technische Assistenten/-innen und medizinische Fachangestellte mit einer hohen Expertise der gefäßmedizinischen Technik tätig.

Diabetologie:

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

Intensivmedizin:

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

Wundkompetenzzentrum:

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

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

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 13 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 14 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 15 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 16 | Intensivmedizin |
| 17 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 18 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| 19 | Endoskopie |
| 20 | Schmerztherapie |

Kassenärztliche Teilermächtigung auf Zuweisung von Schwerpunktdiabetologen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

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

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 2976 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-----|---|----------|
| 1 | I50 | Herzinsuffizienz | 329 |
| 2 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 284 |
| 3 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 218 |
| 4 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 211 |
| 5 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 180 |
| 6 | E86 | Volumenmangel | 159 |
| 7 | R55 | Synkope und Kollaps | 121 |
| 8 | I70 | Atherosklerose | 113 |
| 9 | A41 | Sonstige Sepsis | 88 |
| 10 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 85 |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|----|-------|---|--------|
| 1 | 9-500 | Patientenschulung | 935 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 678 |
| 3 | 8-854 | Hämodialyse | 313 |
| 4 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 306 |
| 5 | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | 296 |
| 6 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 294 |
| 7 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 240 |
| 8 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 227 |
| 9 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 200 |
| 10 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 199 |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|----------------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 16,73 | 16,73 | 0,00 | 1,19 | 15,54 | 191,5 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 6,98 | 6,21 | 0,77 | 0,71 | 6,27 | 474,6 |

Abkürzungen:

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|----------------------|
| 1 | Diabetologie |
| 2 | Notfallmedizin |

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 11,74 | 11,74 | 0,00 | 4,39 | 7,35 | 404,9 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1,00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 2976,0 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 2,28 | 2,28 | 0,00 | 0,00 | 2,28 | 1305,3 |

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Gastroenterologie

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



Chefarzt
Dr. med. Kai Wiemer

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Medizinische Klinik II - Klinik für Gastroenterologie |
| Straße: | Nordstraße |
| Hausnummer: | 34 |
| PLZ: | 59174 |
| Ort: | Kamen |
| URL: | http://www.klinikum-westfalen.de |

Herzlich willkommen in der neuen Klinik für Gastroenterologie, die unter der Leitung von Chefarzt Dr. Kai Wiemer am 1. September 2018 im Hellmig-Krankenhaus Kamen an den Start gegangen ist.

Wir sind ein Zentrum für Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase und der Gallengänge. In der neu eingerichteten Abteilung stehen alle modernen Diagnostik-, und Therapieverfahren zur Verfügung. Im Mittelpunkt stehen Sie mit Ihren persönlichen und medizinischen Bedürfnissen. Eine gute Aufklärung und eine freundliche Umgebung sollen dazu beitragen, dass Sie sich bei uns wohl und sicher fühlen.

Sämtliche Verfahren erfolgen unter schmerzfreien Bedingungen mit einer so genannten "Schlafspritze". Die Diagnostik und Therapie erfolgte gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankung (DGVS).

Die Abteilung arbeitet eng mit dem Darmkrebszentrum des Klinikum Westfalen zusammen. Jeder Untersuchung und Intervention geht ein ausführliches Beratungs- und Aufklärungsgespräch voraus.

Unser Endoskopierteam besteht aus erfahrenen Fachärzten und Endoskopie(fach)schwestern mit jahrelanger Endoskopieerfahrung und umfassenden methodischen Kenntnissen und Fähigkeiten.

Die hygienischen Anforderungen an unsere Abteilung genügen höchsten Ansprüchen. Selbstverständlich werden regelmäßige mikrobiologische Abstrichuntersuchungen und Hygienekontrollen von unabhängigen Instituten durchgeführt.

Ihr Dr. Kai Wiemer mit dem Team der Medizinischen Klinik II

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|---|
| 1 | (0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Kai Wiemer, Chefarzt |
| Telefon: | 02307 149 304 |
| Fax: | 02307 149 800 |
| E-Mail: | kai.wiemer@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

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

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

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

Erläuterungen:

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

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

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 4 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 5 | Endoskopie |
| 6 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |

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

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1054 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Bei den folgenden Hauptdiagnosen "ICD-Codes" handelt es sich lediglich um den Abrechnungszeitraum des 4. Quartals im Jahr 2018.

Aus diesem Grund ist das Leistungsspektrum deutlich reduziert.

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAH |
|----|--------|---|---------|
| 1 | A09.0 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs | 73 |
| 2 | K92.2 | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet | 40 |
| 3 | K80.50 | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 37 |
| 4 | K63.5 | Polyp des Kolons | 30 |
| 5 | R10.1 | Schmerzen im Bereich des Oberbauches | 26 |
| 6 | K70.3 | Alkoholische Leberzirrhose | 25 |
| 7 | K25.0 | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung | 20 |
| 8 | K57.30 | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung | 18 |
| 9 | E86 | Volumenmangel | 18 |
| 10 | D50.8 | Sonstige Eisenmangelanämien | 18 |

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-----|---|----------|
| 1 | A09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 86 |
| 2 | K80 | Cholelithiasis | 65 |
| 3 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 62 |
| 4 | K92 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems | 51 |
| 5 | D50 | Eisenmangelanämie | 36 |
| 6 | K25 | Ulcus ventriculi | 34 |
| 7 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 33 |
| 8 | K22 | Sonstige Krankheiten des Ösophagus | 32 |
| 9 | K63 | Sonstige Krankheiten des Darmes | 32 |
| 10 | K70 | Alkoholische Leberkrankheit | 29 |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Bei den folgenden Prozeduren "OPS-Codes" handelt es sich um den Abrechnungszeitraum des 4. Quartals im Jahr 2018.

Aus diesem Grund ist das Leistungsspektrum deutlich reduziert.

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|----|----------|--|--------|
| 1 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 1608 |
| 2 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 696 |
| 3 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 437 |
| 4 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 184 |
| 5 | 3-056 | Endosonographie des Pankreas | 179 |
| 6 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 150 |
| 7 | 1-440.9 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt | 134 |
| 8 | 5-469.e3 | Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch | 121 |
| 9 | 5-469.d3 | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch | 109 |
| 10 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 104 |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|---|-------|--|--------|
| 1 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 431 |
| 2 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | 112 |
| 3 | 5-452 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 97 |
| 4 | 5-431 | Gastrostomie | < 4 |
| 5 | 1-642 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege | < 4 |
| 6 | 5-429 | Andere Operationen am Ösophagus | < 4 |
| 7 | 5-513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | < 4 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|---|-------|---|--------|
| 8 | 1-640 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege | < 4 |

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. |
|--|------|--------|---------|------|-------|------------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 7,36 | 7,36 | 0,00 | 0,58 | 6,78 | 155,5 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 5,64 | 5,60 | 0,04 | 0,44 | 5,20 | 202,7 |

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|----------------------|
| 1 | Notfallmedizin |
| 2 | Proktologie |

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 14,35 | 14,35 | 0,00 | 0,00 | 14,35 | 73,4 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 2,24 | 2,24 | 0,00 | 0,00 | 2,24 | 470,5 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 0,58 | 0,58 | 0,00 | 0,00 | 0,58 | 1817,2 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1,00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1054,0 |

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

| ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|--|---|
| 1 | Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | Hygienefachkraft |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Pflege in der Endoskopie |

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

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 2 | Dekubitusmanagement |
| 3 | Sturzmanagement |

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

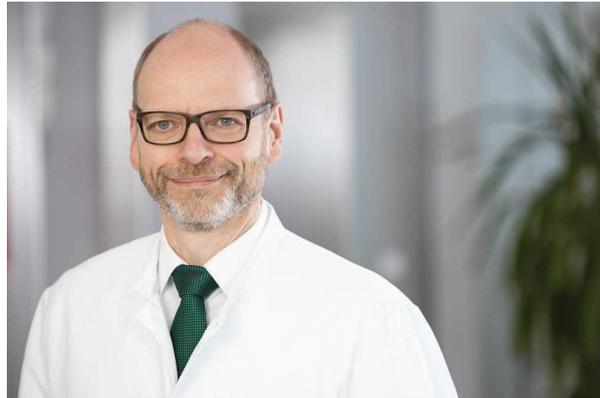
| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|

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] Medizinische Klinik III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

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



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

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Medizinische Klinik III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin |
| Straße: | Nordstraße |
| Hausnummer: | 34 |
| PLZ: | 59174 |
| Ort: | Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

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

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

ethischen Belange und Fragestellungen der Patienten eine herausragende Rolle. Die Klinik begreift sich als integrativer, therapeutischer Schwerpunktversorger, um allen Belangen der ihr obliegenden Patienten gerecht zu werden.

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

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1 | (0100) Innere Medizin |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Peter R. Ritter, M.A., Klinikdirektor |
| Telefon: | 02307 149 304 |
| Fax: | 02307 149 800 |
| E-Mail: | peter.ritter@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Wolfgang Neukirchen, MBA, Leitender Arzt |
| Telefon: | 02307 149 740 |
| Fax: | 02307 149 800 |
| E-Mail: | wolfgang.neukirchen@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

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

Onkologie

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

Hämatologie

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

Palliativmedizin

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

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

Unsere therapeutischen Konzepte

Bei der Behandlung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen steht neben einer integrativen medizinischen Versorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auf höchstem Niveau vor allem die personale Zuwendung im Vordergrund. Dabei spielen für uns die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten eine entscheidende Rolle. Eine multidisziplinäre Behandlung (Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie), die sich auf die Expertise verschiedener Fachabteilungen stützt, ein abgestimmtes und integrierendes Behandlungskonzept, wie auch die Einbindung von Psychologen, Seelsorgern und Sozialarbeitern ermöglicht Spitzenmedizin mit einem ganzheitlich-personalisierten Anspruch.

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

Behandlungsschwerpunkte

Krebserkrankungen

- Krebserkrankungen des Verdauungstraktes
- Krebserkrankungen der Lunge
- Krebserkrankungen des Kopf-Hals-Bereiches
- Krebserkrankungen der Niere und Harnwege
- Spezielle Krebserkrankungen der Frau (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke) und des Mannes

(Prostata, Hoden)

- Lymphome
- Leukämien des höheren Lebensalters
- Palliativmedizin
- Krebserkrankungen des alten Menschen

Spezielle Angebote

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

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

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

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 786 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-----|---|----------|
| 1 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 97 |
| 2 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 83 |
| 3 | C16 | Bösartige Neubildung des Magens | 68 |
| 4 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 56 |
| 5 | C25 | Bösartige Neubildung des Pankreas | 41 |
| 6 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 36 |
| 7 | C82 | Follikuläres Lymphom | 31 |
| 8 | C83 | Nicht follikuläres Lymphom | 27 |
| 9 | C90 | Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen | 24 |
| 10 | C67 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 22 |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|----|-------|---|--------|
| 1 | 8-543 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie | 421 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 171 |
| 3 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 168 |
| 4 | 6-002 | Applikation von Medikamenten, Liste 2 | 140 |
| 5 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 131 |
| 6 | 6-001 | Applikation von Medikamenten, Liste 1 | 113 |
| 7 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 100 |
| 8 | 9-500 | Patientenschulung | 38 |
| 9 | 3-221 | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel | 35 |
| 10 | 6-009 | Applikation von Medikamenten, Liste 9 | 31 |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Trifft nicht zu.

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|---|-------|---------------------------------|--------|
| 1 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | < 4 |
| 2 | 5-429 | Andere Operationen am Ösophagus | < 4 |

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|------|--------|---------|------|-------|------------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 2,20 | 2,03 | 0,17 | 0,17 | 2,03 | 387,2 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 1,20 | 1,20 | 0,00 | 0,20 | 1,00 | 786,0 |

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 | Innere Medizin |
| 2 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie |
| 3 | Innere Medizin und Gastroenterologie |

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|-----------------------------|
| 1 | Medikamentöse Tumortherapie |
| 2 | Palliativmedizin |

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 14,09 | 14,09 | 0,00 | 0,00 | 14,09 | 55,8 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 2,24 | 2,24 | 0,00 | 0,00 | 2,24 | 350,9 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 0,25 | 0,25 | 0,00 | 0,00 | 0,25 | 3144,0 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,65 | 0,65 | 0,00 | 0,00 | 0,65 | 1209,2 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1,00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 786,0 |

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

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[4] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Andreas-Heinz Ludwig

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Straße: | Nordstraße |
| Hausnummer: | 34 |
| PLZ: | 59174 |
| Ort: | Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

Wir heißen Sie ganz herzlich willkommen in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Hellmig-Krankenhaus Kamen im Verbund des Klinikum Westfalen.

Wir freuen uns, Sie auf einem Rundgang durch unsere Klinik begrüßen zu dürfen. Auf den folgenden Seiten erhalten Sie wichtige Informationen zu unserem Leistungsspektrum in der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, die modernen Behandlungsmethoden in der Bauch- und Brustkorbchirurgie näher kennenzulernen. Es ist uns ein großes Anliegen, dass Sie sich, ob als Patient, Angehöriger oder Besucher bei uns wohlfühlen und einen angenehmen Aufenthalt in unserem Krankenhaus erfahren.

Eine individuelle, familiäre Betreuung bei gleichzeitig professioneller Therapie mit modernsten Behandlungsmethoden ist unsere Stärke in Kamen.

Ihr

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

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | (1500) Allgemeine Chirurgie |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Andreas-Heinz Ludwig, Chefarzt |
| Telefon: | 02307 149 202 |
| Fax: | 02307 149 201 |
| E-Mail: | andreas.ludwig@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen:

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

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

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

Im Laufe der Zeit wurde das Leistungsangebot stets erweitert und modernste Methoden fanden den Einzug.

Einen Meilenstein bildete hierbei die Einführung der minimalinvasiven Chirurgie. Mit dem neuen Chefarzt Dr. Andreas Ludwig konnte die Klinik das Angebot an viszeralchirurgischen und proktologischen Operationen jetzt noch deutlich erweitern.

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

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

Die folgende Aufzählung gibt einen Überblick über die Operationen, die im Klinikum-Westfalen im Standort Hellmig-Krankenhaus Kamen, in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie durchgeführt werden:

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

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

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

• Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie

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

weitere medizinische Leistungsangebote:

- Hernien (Leisten, Nabel-, Narben, Zwerchfellbrüche einschließlich Reflux)

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

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1319 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-----|---|----------|
| 1 | K80 | Cholelithiasis | 156 |
| 2 | K40 | Hernia inguinalis | 111 |
| 3 | K57 | Divertikulose des Darmes | 74 |
| 4 | K56 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie | 73 |
| 5 | K35 | Akute Appendizitis | 62 |
| 6 | L02 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel | 58 |
| 7 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 48 |
| 8 | K64 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose | 36 |
| 9 | K42 | Hernia umbilicalis | 34 |
| 10 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 34 |

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|----|-------|--|--------|
| 1 | 5-916 | Temporäre Weichteildeckung | 235 |
| 2 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 226 |
| 3 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | 217 |
| 4 | 5-511 | Cholezystektomie | 192 |
| 5 | 5-850 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie | 186 |
| 6 | 1-654 | Diagnostische Rektoskopie | 116 |
| 7 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 114 |
| 8 | 5-541 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums | 86 |
| 9 | 5-549 | Andere Bauchoperationen | 66 |
| 10 | 5-534 | Verschluss einer Hernia umbilicalis | 54 |

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|---|-------|---|--------|
| 1 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 23 |
| 2 | 5-490 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion | 6 |
| 3 | 5-378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 5 |
| 4 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | < 4 |

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|------|--------|---------|------|-------|------------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 9,00 | 9,00 | 0,00 | 0,25 | 8,75 | 150,7 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 7,00 | 7,00 | 0,00 | 0,20 | 6,80 | 194,0 |

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-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| ZUSATZ-WEITERBILDUNG | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1 | Proktologie |
| 2 | Spezielle Viszeralchirurgie |

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 16,26 | 16,26 | 0,00 | 0,00 | 16,26 | 81,1 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1,67 | 1,67 | 0,00 | 0,00 | 1,67 | 789,8 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 0,25 | 0,25 | 0,00 | 0,00 | 0,25 | 5276,0 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,50 | 0,50 | 0,00 | 0,00 | 0,50 | 2638,0 |

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

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

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

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

B-[5] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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



Chefarzt
Dr. med. Dieter Metzner

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie |
| Straße: | Nordstraße |
| Hausnummer: | 34 |
| PLZ: | 59174 |
| Ort: | Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

Wir begrüßen Sie herzlich und freuen uns, Ihnen auf den nächsten Seiten unsere Klinik im neuen Verbund vorstellen zu dürfen. Auf den folgenden Seiten informieren wir Sie über unsere Fachabteilung und unser Leistungsspektrum. In unserer Klinik rücken Knochen, Bänder und Gelenke in den Blick, die durch Unfall oder Verschleiß beeinträchtigt sind. Opfer von Verkehrsunfällen der nahegelegenen Autobahnen, aber auch Patienten, die Sport- oder Haushaltsunfälle erlitten haben, werden gründlich voruntersucht und anschließend mit modernsten Methoden in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie versorgt. Wir sind bestrebt, Ihnen stets die bestmögliche medizinische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau

anzubieten und Ihren Aufenthalt so angenehm und reibungslos wie möglich zu gestalten.

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

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|------------------------|
| 1 | (1600) Unfallchirurgie |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Dieter Metzner, Chefarzt |
| Telefon: | 02307 149 254 |
| Fax: | 02307 149 204 |
| E-Mail: | dieter.metzner@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

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

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

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

Erläuterungen:

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

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

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

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

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

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

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

herumgehen. Der Aufenthalt im Krankenhaus wird also deutlich verkürzt.

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

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

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

EndoProthetikZentrum



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

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

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

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

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

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

AltersTraumaZentrum



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

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

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

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

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

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

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

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

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1824 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-----|--|----------|
| 1 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 250 |
| 2 | S72 | Fraktur des Femurs | 137 |
| 3 | S32 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 105 |
| 4 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 100 |
| 5 | M17 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] | 95 |
| 6 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 84 |
| 7 | M16 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] | 80 |
| 8 | S22 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule | 69 |
| 9 | S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes | 69 |
| 10 | M47 | Spondylose | 68 |

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|----|-------|--|--------|
| 1 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 387 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 332 |
| 3 | 5-794 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 240 |
| 4 | 8-917 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie | 178 |
| 5 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 171 |
| 6 | 8-803 | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut | 161 |
| 7 | 5-916 | Temporäre Weichteildeckung | 160 |
| 8 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 152 |
| 9 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 134 |
| 10 | 9-500 | Patientenschulung | 130 |

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|---|-------|--|--------|
| 1 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 92 |
| 2 | 5-812 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 83 |
| 3 | 5-840 | Operationen an Sehnen der Hand | 64 |
| 4 | 5-841 | Operationen an Bändern der Hand | 59 |
| 5 | 5-788 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes | 48 |
| 6 | 5-810 | Arthroskopische Gelenkoperation | 39 |
| 7 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 33 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | ANZAHL |
|----|-------|---|--------|
| 8 | 5-056 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven | 29 |
| 9 | 5-811 | Arthroskopische Operation an der Synovialis | 29 |
| 10 | 5-845 | Synovialektomie an der Hand | 24 |

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|------|--------|---------|------|-------|------------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 9,73 | 9,73 | 0,00 | 2,00 | 7,73 | 236,0 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 8,59 | 8,46 | 0,13 | 1,57 | 7,02 | 259,8 |

Abkürzungen:

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

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|--------------------------------|
| 1 | Spezielle Unfallchirurgie |
| 2 | Ärztliches Qualitätsmanagement |

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 14,03 | 14,03 | 0,00 | 0,00 | 14,03 | 130,0 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,75 | 0,75 | 0,00 | 0,00 | 0,75 | 2432,0 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 1,67 | 1,67 | 0,00 | 0,00 | 1,67 | 1092,2 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1,19 | 1,19 | 0,00 | 0,00 | 1,19 | 1532,8 |

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

B-[6] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

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



Klinikdirektor
Prof. Dr. Björn Ellger



Chefarzt
Dr. Christos Erifopoulos

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Nicht-Bettenführend |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie |
| Straße: | Nordstraße |
| Hausnummer: | 34 |
| PLZ: | 59174 |
| Ort: | Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

Herzlich willkommen

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

Die Klinik arbeitet standortübergreifend gemeinsam mit den Partnern der anderen Kliniken und Zentren daran, operative Eingriffe, kritische Krankheiten, Notfälle und die Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände nach modernsten Erkenntnissen zum Wohl der Patienten zu gestalten. Unser starkes, interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetztes Team setzt dafür Konzepte um, die sich an jedem Patienten und seinen individuellen Erfordernissen und Wünschen orientieren. Unsere Schwerpunkte liegen in:

- Perioperative Betreuung:
- klinische Anästhesiologie
 - Intensivmedizin
 - Schmerztherapie
 - Notfallmedizin

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

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

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1 | (3700) Sonstige Fachabt. |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Björn Ellger, Klinikdirektor |
| Telefon: | 0231 922 1001 |
| Fax: | 0231 922 1009 |
| E-Mail: | bjoern.ellger@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Christos Erifopoulos, Chefarzt |
| Telefon: | 02307 149 214 |
| Fax: | |
| E-Mail: | christos.erifopoulos@klinikum-westfalen.de |
| Adresse: | Nordstraße 34 |
| PLZ/Ort: | 59174 Kamen |
| URL: | https://www.klinikum-westfalen.de |

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

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

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

Erläuterungen:

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

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

Allgemein- und Regionalanästhesie

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

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

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

Vor dem Eingriff gut betreut

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

Narkosen in der von uns durchgeführten Weise sind sehr sicher!

Während des Eingriffs gut betreut

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

Auch nach dem Eingriff gut betreut

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

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

oder dem Pflegepersonal. Wir können ihnen helfen.

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

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

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Allgemein- und Regionalanästhesie |
| 3 | Notfallmedizin |

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

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

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

keine Bettenführende Abteilung

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

keine Bettenführende Abteilung

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|------|--------|---------|------|-------|------------|
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | 5,90 | 5,90 | 0,00 | 0,00 | 5,90 | 0,0 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | 5,90 | 5,90 | 0,00 | 0,00 | 5,90 | 0,0 |
| Belegärztinnen und Belegärzte | 0 | | | | | 0,0 |

Abkürzungen:

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

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|-----------------|
| 1 | Anästhesiologie |

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| ZUSATZ-WEITERBILDUNG | |
|----------------------|--------------------------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Notfallmedizin |
| 3 | Ärztliches Qualitätsmanagement |

B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|------|-------|-------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 26,25 | 26,25 | 0,00 | 0,00 | 26,25 | 0,0 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1,17 | 1,17 | 0,00 | 0,00 | 1,17 | 0,0 |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 7,60 | 7,60 | 0,00 | 0,00 | 7,60 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 3,00 | 3,00 | 0,00 | 0,00 | 3,00 | 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-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| | LEISTUNGSBEREICH | FALLZAHL | DOKUMENTATIONSRATE (%) |
|----|--|--------------------|------------------------|
| 1 | Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 30 | 100 |
| 2 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | <i>Datenschutz</i> | <i>Datenschutz</i> |
| 3 | Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3) | <i>Datenschutz</i> | <i>Datenschutz</i> |
| 4 | Gynäkologische Operationen (15/1) | 4 | 100 |
| 5 | Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | 59 | 100 |
| 6 | Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 105 | 100 |
| 7 | Hüftendoprothesenve (HEP) | 124 | 100,8 |
| 8 | Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 117 | 100 |
| 9 | Hüftendoprothesenve HüftEndoprothesenwe und - komponentenwechsel (HEP_WE) | 9 | 111,1 |
| 10 | Knieendoprothesenve (KEP) | 90 | 100 |

| | LEISTUNGSBEREICH | FALLZAHL | DOKUMENTATIONSRATE (%) |
|----|---|--------------------|------------------------|
| 11 | Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothese (KEP_IMP) | 88 | 100 |
| 12 | Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE) | <i>Datenschutz</i> | <i>Datenschutz</i> |
| 13 | Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 255 | 100 |

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 | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers | |
|---|--|--|
| | Ergebnis-ID | 52311 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|--|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| <p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p> | |
| <p>Ergebnis (Einheit)</p> | <p>—</p> |
| <p>Vertrauensbereich</p> | <p>—</p> |
| <p>BUNDESERGEBNIS</p> | |
| <p>Bundesdurchschnitt</p> | <p>-1</p> |
| <p>Referenzbereich</p> | <p>≤ 3,00 %</p> |
| <p>Vertrauensbereich</p> | <p>1,56 % - 1,74 %</p> |
| <p>FALLZAHL</p> | |
| <p>Beobachtete Ereignisse</p> | <p>(Datenschutz)</p> |
| <p>Erwartete Ereignisse</p> | <p>(Datenschutz)</p> |
| <p>Grundgesamtheit</p> | <p>(Datenschutz)</p> |
| <p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p> | |
| <p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p> | <p>A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel</p> |
| <p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p> | <p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p> |
| <p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p> | |
| <p>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</p> | <p>Ausbau des Fort- und Weiterbildungsprogramm</p> |

| | | |
|---|--|--|
| 2 | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt | |
| | Ergebnis-ID | 101801 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,60 % |
| | Vertrauensbereich | 0,97 % - 1,12 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG | |
|---|---|
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle | Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | statistische Auffälligkeit aufgrund geringer Grundgesamtheit |
| 3 | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |
| Ergebnis-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 17,60 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 5,99 % - 6,71 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 4 | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) |
| Ergebnis-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 4,95 % - 23,98 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 11,06 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 4,29 % - 4,63 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 44 |
| Grundgesamtheit | 44 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|---|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 5 | |
| Ergebnis-ID | 2190 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | 0,05 % - 0,08 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 101 |
| Grundgesamtheit | 101 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 6 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 2195 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 6,17 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,82 % - 1,09 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 8 |
| Grundgesamtheit | 8 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|--|--|--|
| 7 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| Ergebnis-ID | 51191 | |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | |
| Art des Wertes | QI | |
| Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 7,18 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≤ 4,42 (95. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | 0,94 % - 1,06 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 | |
| Erwartete Ereignisse | 0,47 | |
| Grundgesamtheit | 29 | |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|---|--|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 8 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) | |
| Ergebnis-ID | 52139 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 89,28 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 60,00 % |
| Vertrauensbereich | 88,63 % - 89,04 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 32 |
| Erwartete Ereignisse | 32 |
| Grundgesamtheit | 32 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|---|---|---|
| 9 | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten | |
| | Ergebnis-ID | 52305 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 94,94 % - 99,84 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 95,37 % - 95,52 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 107 |
| | Erwartete Ereignisse | 108 |
| | Grundgesamtheit | 108 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|---|---|--|
| 10 | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt | |
| | Ergebnis-ID | 54140 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Vertrauensbereich | 87,94 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 98,5 % - 98,68 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 28 |
| | Erwartete Ereignisse | 28 |
| | Grundgesamtheit | 28 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 11 | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten | |
| | Ergebnis-ID | 54141 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 82,29 % - 99,37 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 96,67 % - 96,93 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 27 |
| | Erwartete Ereignisse | 28 |
| | Grundgesamtheit | 28 |
| 12 | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten | |
| | Ergebnis-ID | 54142 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|---------------|
| Vertrauensbereich | 0 % - 12,06 % |
|-------------------|---------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-----------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,08 % - 0,13 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 28 |
| Grundgesamtheit | 28 |

13
Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 54143 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-----------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 10,00 % |
| Vertrauensbereich | 1,59 % - 1,78 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

14

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 101800 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,43 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,86 % - 0,89 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 15 | | Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben | |
|--|--|--|--|
| Ergebnis-ID | | 101802 | |
| Leistungsbereich | | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | |
| Art des Wertes | | Kez | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | | |
| Vertrauensbereich | | 31,39 % - 65,57 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 | |
| Vertrauensbereich | | 56,14 % - 56,85 % | |
| FALLZAHL | | | |
| Beobachtete Ereignisse | | 14 | |
| Erwartete Ereignisse | | 29 | |
| Grundgesamtheit | | 29 | |
| 16 | | Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich | |
| Ergebnis-ID | | 101803 | |
| Leistungsbereich | | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | |
| Art des Wertes | | QI | |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-----------------|
| Vertrauensbereich | 87,94 % - 100 % |
|-------------------|-----------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 93,37 % - 93,72 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 28 |
| Erwartete Ereignisse | 28 |
| Grundgesamtheit | 28 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
|---------------------------------------|---|

| | |
|--|---------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
|--|---------------|

17

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 51404 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|--|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 4,34 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,75 % - 1,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 18 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 52315 |
| Leistungsbereich | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 3,00 % |
| Vertrauensbereich | 0,64 % - 1,06 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|--|---|---|
| 19 | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt | |
| Ergebnis-ID | | 121800 |
| Leistungsbereich | | Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | | QI |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | | — |
| Vertrauensbereich | | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Referenzbereich | | ≤ 3,10 % |
| Vertrauensbereich | | 0,82 % - 1,2 % |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|--|
| 20 | Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft | |
| | Ergebnis-ID | 52307 |
| | Leistungsbereich | Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 80,64 % - 100 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| | Vertrauensbereich | 98,09 % - 98,29 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 16 |
| | Erwartete Ereignisse | 16 |
| | Grundgesamtheit | 16 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 21 | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt | |
| | Ergebnis-ID | 111801 |
| | Leistungsbereich | Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,30 % |
| | Vertrauensbereich | 0,11 % - 0,24 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 22 | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis | |
| | Ergebnis-ID | 612 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 88,06 % - 88,69 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| 23 | Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter | |
| | Ergebnis-ID | 52283 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 48,99 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 6,15 % (90. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 2,71 % - 2,91 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 4 |
| | Grundgesamtheit | 4 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 24 | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis | |
| | Ergebnis-ID | 60683 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 10,15 % - 12,6 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | - |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | - |

25

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 60685 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|--|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | 1 % - 1,19 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 0 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 26 | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 60684 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | Kez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 12,39 % - 14,43 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| 27 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Ergebnis-ID | 52009 |
| | Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,13 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 1 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-------|
| Beobachtete Ereignisse | 17 |
| Erwartete Ereignisse | 47,67 |
| Grundgesamtheit | 7814 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
|---------------------------------------|---|

| | |
|--|---------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
|--|---------------|

| | | |
|---|--|---|
| 28 | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: 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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) | |
| Ergebnis-ID | | 52010 |
| Leistungsbereich | | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | | QI |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Referenzbereich | | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | | 0 % - 0,01 % |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | | 0 |
| Erwartete Ereignisse | | 7814 |
| Grundgesamtheit | | 7814 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 29 | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 2) | |
| | Ergebnis-ID | 52326 |
| | Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 0,11 % - 0,3 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 0,3 % - 0,31 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 14 |
| | Erwartete Ereignisse | 7814 |
| | Grundgesamtheit | 7814 |
| 30 | Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erwarben | |
| | Ergebnis-ID | 521800 |
| | Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich | 0 % - 0,05 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 7814 |
| Grundgesamtheit | 7814 |

31 Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | Kez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,05 % - 0,06 % |

| | |
|---|---|
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| 32 | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) |
| Ergebnis-ID | 54029 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 6,31 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 6,06 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,75 % - 1,97 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 57 |
| Grundgesamtheit | 57 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 33 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54033 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-----------------|
| Vertrauensbereich | 1,29 % - 2,99 % |
|-------------------|-----------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,17 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,99 % - 1,03 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|------|
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| Erwartete Ereignisse | 6,82 |
| Grundgesamtheit | 42 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|--|--|--|
| 34 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| Ergebnis-ID | | 54042 |
| Leistungsbereich | | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | | QI |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Vertrauensbereich | | 0,22 % - 1,34 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Referenzbereich | | ≤ 2,15 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | | 0,92 % - 0,97 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 7,11 |
| Grundgesamtheit | 57 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 35 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
|----|--|--|
| | Ergebnis-ID | 54046 |
| | Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-UmRisikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|-----------------|
| Vertrauensbereich | 0,36 % - 2,15 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,93 % - 1 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 4,43 |
| Grundgesamtheit | 57 |

| 36 | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 50481 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Q</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 11,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 3,05 % - 3,66 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 37 | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54020 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 93,91 % - 99,8 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 97,87 % - 98,02 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 88 |
| Erwartete Ereignisse | 89 |
| Grundgesamtheit | 89 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 38 | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
|----|---|--|
| | Ergebnis-ID | 54021 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 96,39 % - 96,86 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |

| | | |
|---|--|--|
| 39 | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Ergebnis-ID | 54022 | |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | |
| Art des Wertes | QI | |
| Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | — | |
| Vertrauensbereich | — | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≥ 86,00 % | |
| Vertrauensbereich | 93,61 % - 94,41 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) | |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert | |

| | | |
|----|--|--|
| 40 | Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden | |
| | Ergebnis-ID | 54026 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 88,89 % - 98,22 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 93,04 % - 93,28 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 84 |
| | Erwartete Ereignisse | 88 |
| | Grundgesamtheit | 88 |
| 41 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Ergebnis-ID | 54028 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|--|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 5,75 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | $\leq 4,24$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,85 % - 0,98 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,64 |
| Grundgesamtheit | 90 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|---|--|--|
| 42 | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) | |
| Ergebnis-ID | 54123 | |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | |
| Art des Wertes | QI | |
| Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | — | |
| Vertrauensbereich | — | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≤ 4,70 % (95. Perzentil) | |
| Vertrauensbereich | 1,2 % - 1,31 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) | |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) | |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert | |

| | | |
|----|--|---|
| 43 | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde) | |
| | Ergebnis-ID | 54124 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis-ist-aufgrund-von-Anpassungen-der-Rechenregel-oder-Ein-bzw.-Ausschlusskriterien-der-zu-dokumentierenden-Fälle-in-dem-QS-Verfahren-nur-ingeschränkt-mit-den-Vorjahresergebnissen-vergleichbar.-Nähere-Informationen-zu-den-vorgenommenen-Anpassungen-können-der-Beschreibung-der-Qualitätsindikatoren-unter-folgendem-Link-entnommen-werden:-https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 3,73 % (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,93 % - 1,02 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 44 | Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) | |
| | Ergebnis-ID | 54125 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis-ist-aufgrund-von-Anpassungen-der-Rechenregel-oder-Ein-bzw.-Ausschlusskriterien-der-zu-dokumentierenden-Fälle-in-dem-QS-Verfahren-nur-ingeschränkt-mit-den-Vorjahresergebnissen-vergleichbar.-Nähere-Informationen-zu-den-vorgenommenen-Anpassungen-können-der-Beschreibung-der-Qualitätsindikatoren-unter-folgendem-Link-entnommen-werden:-https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 13,45 % (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 3,92 % - 4,6 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|--|---|---|
| 45 | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) | |
| Ergebnis-ID | | 54127 |
| Leistungsbereich | | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | | QI |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C-Qualitätsergebnis-ist-aufgrund-von-Anpassungen-der-Rechenregel-oder-Ein-bzw.-Ausschlusskriterien-der-zu-dokumentierenden-Fälle-in-dem-QS-Verfahren-nur-ingeschränkt-mit-den-Vorjahresergebnissen-vergleichbar.-Nähere-Informationen-zu-den-vorgenommenen-Anpassungen-können-der-Beschreibung-der-Qualitätsindikatoren-unter-folgendem-Link-entnommen-werden:-https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Referenzbereich | | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | | 0,03 % - 0,05 % |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | | 0 |
| Erwartete Ereignisse | | 82 |
| Grundgesamtheit | | 82 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|--|
| 46 | Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig | |
| | Ergebnis-ID | 54128 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 98,46 % (5. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 99,73 % - 99,78 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 78 |
| | Erwartete Ereignisse | 78 |
| | Grundgesamtheit | 78 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|--|
| 47 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | |
| | Ergebnis-ID | 10271 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≤ 2,83 (95. Perzentil) |
| | Vertrauensbereich | 0,97 % - 1,05 % |

| FALLZAHL | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 48 | Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 95 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| Vertrauensbereich | 97,53 % - 97,67 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 73 |
| Erwartete Ereignisse | 73 |
| Grundgesamtheit | 73 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 49 | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 62,26 % - 98,38 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 86,00 % |
| Vertrauensbereich | 93,46 % - 94,13 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | 11 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 50 | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden | |
|----|---|---|
| | Ergebnis-ID | 54004 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 96,03 % - 100 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
| | Vertrauensbereich | 96,8 % - 96,96 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 93 |
| | Erwartete Ereignisse | 93 |
| | Grundgesamtheit | 93 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|--|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 51 | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
| Ergebnis-ID | 54010 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | Kez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 95 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 97,66 % - 97,8 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 73 |
| Erwartete Ereignisse | 73 |
| Grundgesamtheit | 73 |
| 52 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-----------------|
| Vertrauensbereich | 0,52 % - 2,11 % |
|-------------------|-----------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,25 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,94 % - 0,98 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|------|
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 6,56 |
| Grundgesamtheit | 111 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|--|
| 53 | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden) | |
| | Ergebnis-ID | 54013 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| | Art des Wertes | QI |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Referenzbereich | Sentinel Event |
| | Vertrauensbereich | 0,04 % - 0,06 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 52 |
| | Grundgesamtheit | 52 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|--|---|--|
| 54 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) | |
| Ergebnis-ID | | 54015 |
| Leistungsbereich | | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | | QI |
| Bezug zum Verfahren | | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | | — |
| Vertrauensbereich | | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | | -1 |
| Referenzbereich | | ≤ 2,07 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | | 0,95 % - 1 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 55 Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) | |
| Ergebnis-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 5 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 5,59 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 1,4 % - 1,51 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 73 |
| Grundgesamtheit | 73 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 56 | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Ergebnis-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 7,45 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 2,26 % - 2,4 % |

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

| 57 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,25 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,99 % - 1,07 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 58 | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Ergebnis-ID | 191914 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | Kez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um

Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|--------------|
| Vertrauensbereich | 0 % - 0,87 % |
|-------------------|--------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-----------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 0,95 % - 1,02 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 4,08 |
| Grundgesamtheit | 44 |

59

Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 60686 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|---------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 45,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 18,95 % - 20,25 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

60

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-------------------|
| Vertrauensbereich | 94,26 % - 98,49 % |
|-------------------|-------------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≥ 95,00 % |
| Vertrauensbereich | 98,54 % - 98,63 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 262 |
| Erwartete Ereignisse | 270 |
| Grundgesamtheit | 270 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

61 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 54050 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Vertrauensbereich | 92,73 % - 100 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % | |
| Vertrauensbereich | 96,85 % - 97,15 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | 49 | |
| Erwartete Ereignisse | 49 | |
| Grundgesamtheit | 49 | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert | |
| 62 | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation | |
| Ergebnis-ID | 2194 | |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | |
| Art des Wertes | QI | |
| Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 2,67 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 1,05 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 8 |
| Grundgesamtheit | 8 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 63 | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) | |
| | Ergebnis-ID | 2006 |
| | Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Vertrauensbereich | 94,07 % - 98,44 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 98,59 % - 98,68 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 253 |
| | Erwartete Ereignisse | 261 |
| | Grundgesamtheit | 261 |
| 64 | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) | |
| | Ergebnis-ID | 2007 |
| | Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| | Art des Wertes | Kez |
| | Bezug zum Verfahren | QSKH |
| | Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-----------------|
| Vertrauensbereich | 70,09 % - 100 % |
|-------------------|-----------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 96,92 % - 97,62 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 9 |
| Grundgesamtheit | 9 |

65

Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-------------------|
| Vertrauensbereich | 96,33 % - 99,57 % |
|-------------------|-------------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|----|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
|--------------------|----|

| | |
|-----------------|-----------|
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % |
|-----------------|-----------|

| | |
|-------------------|-------------------|
| Vertrauensbereich | 95,17 % - 95,35 % |
|-------------------|-------------------|

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 233 |
|------------------------|-----|

| | |
|----------------------|-----|
| Erwartete Ereignisse | 236 |
|----------------------|-----|

| | |
|-----------------|-----|
| Grundgesamtheit | 236 |
|-----------------|-----|

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
|---------------------------------------|---|

| | |
|--|---------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
|--|---------------|

66 Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

| | |
|--------------------|-------------|
| Ergebnis-ID | 2013 |
|--------------------|-------------|

| | |
|------------------|--|
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
|------------------|--|

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
|---------------------|------|

| | |
|--|------|
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
|--|------|

| | | |
|---|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Vertrauensbereich | 93,47 % - 98,98 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | -1 | |
| Referenzbereich | ≥ 90,00 % | |
| Vertrauensbereich | 94,11 % - 94,37 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | 149 | |
| Erwartete Ereignisse | 153 | |
| Grundgesamtheit | 153 | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert | |
| 67 | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren | |
| Ergebnis-ID | 2036 | |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | |
| Art des Wertes | Kez | |
| Bezug zum Verfahren | QSKH | |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um
 Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|-----------------|
| Vertrauensbereich | 97,71 % - 100 % |
|-------------------|-----------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Vertrauensbereich | 98,51 % - 98,63 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 164 |
| Erwartete Ereignisse | 164 |
| Grundgesamtheit | 164 |

68

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 91,79 % - 98 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 95,00 \%$

Vertrauensbereich 95,94 % - 96,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 164

Erwartete Ereignisse 171

Grundgesamtheit 171

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr \rightarrow unverändert

69

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID 231900

Leistungsbereich Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes Kez

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

| | | |
|---|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Vertrauensbereich | 8,84 % - 16,67 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | -1 |
| | Vertrauensbereich | 12,76 % - 13,02 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 33 |
| | Erwartete Ereignisse | 270 |
| | Grundgesamtheit | 270 |
| 70 | 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 |

| | |
|--|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| <p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p> | |
| <p>Vertrauensbereich</p> | <p>94,69 % - 98,72 %</p> |
| <p>BUNDESERGEBNIS</p> | |
| <p>Bundesdurchschnitt</p> | <p>-1</p> |
| <p>Referenzbereich</p> | <p>≥ 95,00 %</p> |
| <p>Vertrauensbereich</p> | <p>96,65 % - 96,79 %</p> |
| <p>FALLZAHL</p> | |
| <p>Beobachtete Ereignisse</p> | <p>260</p> |
| <p>Erwartete Ereignisse</p> | <p>267</p> |
| <p>Grundgesamtheit</p> | <p>267</p> |
| <p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p> | |
| <p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p> | <p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p> |
| <p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p> | <p>↻ unverändert</p> |
| <p>71</p> | <p>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)</p> |
| <p>Ergebnis-ID</p> | <p>50778</p> |
| <p>Leistungsbereich</p> | <p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p> |
| <p>Art des Wertes</p> | <p>QI</p> |
| <p>Bezug zum Verfahren</p> | <p>QSKH</p> |
| <p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p> | <p>Nein</p> |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
 Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|----------------|
| Vertrauensbereich | 0,43 % - 1,4 % |
|-------------------|----------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 1,88 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich | 0,97 % - 1 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-------|
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | 12,84 |
| Grundgesamtheit | 245 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|--|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

72

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 54003 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Vertrauensbereich | 4,95 % - 23,98 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 15,00 % |
| Vertrauensbereich | 12,35 % - 12,89 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 44 |
| Grundgesamtheit | 44 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 73 | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation |
| Ergebnis-ID | 54030 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|-------------------|------------------|
| Vertrauensbereich | 6,08 % - 23,25 % |
|-------------------|------------------|

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-------------------|
| Bundesdurchschnitt | -1 |
| Referenzbereich | ≤ 15,00 % |
| Vertrauensbereich | 12,48 % - 13,03 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 57 |
| Grundgesamtheit | 57 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
|---------------------------------------|---|

| | |
|--|---------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
|--|---------------|

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

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

entfällt

Teilnahme am Endoprothesenregister (EPRD) Deutschland

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

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

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

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

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

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Bezeichnung: | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Erbrachte Menge: | 89 |
| Begründung: | |

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

| | |
|---|-------------------------------|
| Bezeichnung: | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Gesamtergebnis Prognosedarlegung: | |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr: | 89 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres: | |
| Prüfung durch Landesverbände: | |
| Ausnahmetatbestand: | |
| Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden: | |
| Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt: | |

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

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

| | |
|--|----|
| Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen): | 27 |
| - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt: | 15 |
| - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben: | 15 |

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Intensivmedizin |
| Station: | Station 1 |
| Schicht: | Tagschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 100 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Intensivmedizin |
| Station: | Station 1 |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 100 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 3B |
| Schicht: | Tagschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 75 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 3B |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 50 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5A |
| Schicht: | Tagschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 50 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5A |
| Schicht: | Nachtschicht |

| | |
|---------------------------------|----|
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 50 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5B |
| Schicht: | Tagschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 36,36 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5B |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad: | 36,36 |
| Ausnahmetatbestände: | 0 |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Intensivmedizin |
| Station: | Station 1 |
| Schicht: | Tagschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 79,45 |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Intensivmedizin |
| Station: | Station 1 |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 91,23 |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 3B |
| Schicht: | Tagschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 64,66 |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 3B |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 53,97 |

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5A |

| | |
|----------------------------------|------------|
| Schicht: | Tagschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 55,32 |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5A |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 39,58 |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5B |
| Schicht: | Tagschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 47,96 |

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Der pflegesensitive Bereich: | Unfallchirurgie |
| Station: | Station 5B |
| Schicht: | Nachtschicht |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad: | 43,4 |

D-1 Qualitätspolitik

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

Wegweisend und Impulsgebend in der Region

Wir - in unserer Region

Wir sind ein zukunftsorientiertes Dienstleistungsunternehmen und stehen für kompetente, mitmenschliche Medizin im östlichen Ruhrgebiet. Unser Anliegen ist es mit Spitzenleistungen, sowohl zu gesundheitlichen Versorgung der örtlichen Bevölkerung beizutragen, als auch überregional Akzente zu setzen und eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zu pflegen. Das Leitbild und die Grundsätze für Führung und Zusammenarbeit stellen eine Zielvorgabe dar, die von uns allen mit Leben zu füllen ist.

Wir - für Individualität und Qualität

Wir gewährleisten eine ganzheitliche Patientenversorgung auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und durch den Einsatz moderner Technik. Dabei ist unser oberstes Ziel, mit allen Maßnahmen dem Wohl der uns anvertrauten Patienten zu dienen und so ihrem individuellen Bedarf bestmöglich gerecht zu werden. Diese Qualitätsansprüche erfüllen wir durch Fachkompetenz, Leistungsorientierung und die

stetige
Optimierung unserer Arbeitsabläufe.

Wir - für den würdigen Umgang mit den Menschen

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

Dies basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen.

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

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

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

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

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

Wir - für die Zukunft

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

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

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

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

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

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsmanagements zählen:

- Die Organisation der internen Prozesse zur ständigen Qualitätsverbesserung im Klinikum Westfalen
- Die regelmäßige Überprüfung der internen Qualität der Gesundheitsdienstleistungen im Klinikum Westfalen
- Die Koordination der Qualitätszirkelarbeit
- Vorbereitung von Zertifizierungsmaßnahmen für die Krankenhäuser des Klinikum Westfalen

- Durchführung von Selbstbewertungsverfahren im Rahmen der jeweils angestrebten Zertifizierungen
- Planung sowie Unterstützung von Patienten-, und Mitarbeiterbefragungen und Einweiserbefragung

Der Nachweis über ein umfassendes, im gesamten Haus umgesetztes Qualitätsmanagementsystem erfolgt regelmäßig über die Zertifizierung nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®). Als erstes Krankenhaus in Dortmund wurde das Knappschafts-Krankenhaus Dortmund mit dem Qualitätssiegel der KTQ® im Jahr 2005 ausgezeichnet. Die Zertifizierung der Klinik am Park in Lünen folgte im Jahr 2009. Im Jahr 2012 erfolgte eine gemeinsame Zertifizierung. Anfang 2015 wurde auch am dritten Standort am Hellmig-Krankenhaus Kamen eine erfolgreiche KTQ-Erstzertifizierung durchgeführt. 2016 & 2019 wurden alle vier Standorte (Knappschafts-Krankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschafts-Krankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

D-1.2.1 Patientenorientierung

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

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

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

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

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

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

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

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

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

D-1.2.5 Prozessorientierung

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

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

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

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

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

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

Grundsätzlich erfolgt eine Meldung an den Qualitätsmanagementbeauftragten.

Gravierende Fehler werden auch an die Geschäftsführung weiter gemeldet.

Spezielle Meldeverfahren existieren für:

- Beschwerdeportal für Patienten, Angehörige und Beschäftigte
- Zwischenfälle und Beinahe-Zwischenfälle (CIRS)
- Dekubitus und Sturz
- Medizinprodukte
- Lieferung von Produkten

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

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

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

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

Kurze Kommunikationswege und Umsetzungszeiten sind garantiert.

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

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

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

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

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

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

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

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

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

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

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

Informationswesen und Schulungen

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

Interne Auditinstrumente

Im Audit wird durch Begehung vor Ort die Umsetzung der Arbeitsprozesse und deren Qualität überprüft. Im Knappschafts Krankenhaus Dortmund erfolgen monatlich themenbezogene Audits. Am Beispiel der klinischen Patientenpfade erklärt, bedeutet Audit, sowohl die Inhalte der Pfade, als auch deren Anwendung systematisch zu überprüfen.

Klinische Pfade sind Behandlungspläne für bestimmte, häufig vorkommende Erkrankungen, in denen die unterschiedlichen Berufsgruppen festgelegt haben, welche Maßnahmen unbedingt erforderlich sind und welche Maßnahmen immer mit in Betracht gezogen werden müssen. Die inhaltliche Überprüfung erfolgt mindestens einmal im Jahr und zusätzlich bei Bedarf durch Qualitätszirkel. In diesen entscheiden die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gemeinsam, ob der Pfad in seiner bisherigen Form beibehalten werden kann oder verändert werden muss. Grundlage bildet dabei die aktuelle Fachliteratur mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und die mit dem jeweiligen Pfad gemachten praktischen Erfahrungen. Dadurch wird eine gut organisierte Behandlung nach aktuellem Stand der Wissenschaft sichergestellt. Die Anwendung der Pfade wird täglich während der ärztlichen und pflegerischen Visiten kontrolliert. Dabei wird am Patient überprüft, ob alle notwendigen Maßnahmen getroffen wurden und ob zusätzliche Diagnostik und Therapie notwendig ist.

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

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

Beschwerdemanagement

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

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

Patientensicherheit

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

Klinische Konferenzen

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

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

Befragungen

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

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

Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung

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

Wartezeitenmanagement

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

externe Befragungen

interne Befragungen

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

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

Gremien & Kommissionen

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

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

Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

Darüber hinaus wurde ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufgebaut, welches im Rahmen der Mitarbeiterorientierung als zukunftsweisend gilt. Ziel aller Aktivitäten ist und bleibt die stetige Weiterentwicklung aller Bereiche des Knappschaftskrankenhauses Dortmund zum Wohle des Patienten.

Projekt

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

Hintergrund

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die Etablierung eines Zertifizierungsverfahrens die Qualität der Versorgung von Krebspatienten durch einen interdisziplinären Ansatz und die Zusammenführung von ambulanten und stationären Strukturen nachhaltig in Deutschland zu verbessern.

Diesem höchsten Qualitätsanspruch stellte sich das Klinikum Westfalen jährlich als erstes Onkologisches Zentrum in Nordrhein Westfalen.

Ziel

Das Ziel des Klinikum Westfalen war es, die bereits bestehenden interdisziplinären stationären und ambulanten Strukturen an die hohen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft anzupassen und zu optimieren.

Des Weiteren sollte durch eine enge Verzahnung mit dem ambulanten Bereich eine optimale Patientenversorgung von der Prävention bis zur Nachsorge sichergestellt werden.

Maßnahmen und Umsetzung

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

Nuklearmedizinern, Radiologen, Internisten, Hämatonkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologie, Pathologen, Studienbeauftragten, Sozialdienst, Selbsthilfegruppen, Ernährungsberatung, Schmerztherapie, Stomatherapie, onkologischer Pflege, Breast Care Nurse, Thoraxchirurgen, Prostatakoordinator, Hospiz, Palliativzentrum, Seelsorge, Physiotherapie)

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

Evaluation und Zielerreichung

Die Evaluation der Zielerreichung im Onkologischen Zentrum erfolgt über

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

Projekt

Aufbau eines qualitätszertifizierten Prostatazentrums.

Hintergrund

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

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung:

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

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

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

Qualitätshandbuch

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung im Prostatazentrum erfolgt über:

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

Projekt

Patientensicherheit

Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten

Hintergrund

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes:

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

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

Projekt:

Qualitätszertifizierung der Diabetologie des Krankenhauses.

Hintergrund

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

Ziele

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

Maßnahmen und Umsetzung:

1. Entwicklung eines QM-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 neurologischen Kliniken erfahren, was zum bundesweiten Aufbau von stationären Schlaganfallspezialeinheiten (Stroke Units) in Krankenhäusern führte. Ein Zuweisungskonzept der Rettungsdienste in Dortmund legte im Jahr 2008 fest, dass zwei Krankenhäuser in Dortmund primär durch den Rettungsdienst angefahren werden sollen, wenn ein Patient mit einem Schlaganfall versorgt werden muss. Da das

Knappschaftskrankenhaus eines dieser zwei Krankenhäuser ist, über eine neurologische Klinik verfügt, und seit 2008 die Anerkennung von 4 Stroke Unit-Betten vorliegt, ging es darum, zeitnah eine Stroke Unit im Knappschaftskrankenhaus Dortmund aufzubauen.

Ziele

Folgende Ziele wurden definiert:

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen wurden im Verlauf des Projektes erarbeitet und implementiert:

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über

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

Über die oben dargestellten Projekte hinaus wurden viele weitere spezifische und interdisziplinäre Projekte im Knappschaftskrankenhaus durchgeführt und über Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel eingeführt. An dieser Stelle möchten wir auf die Arbeitsgruppen zum Entlassungsmanagement, Eingriffsverwechselungen im OP, Gestationsdiabetes, Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Einarbeitung neuer Beschäftigter, Wegeleitsystem, Elternschule, innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung, Umweltmanagement, Ethik, enterale Ernährung, Pfllegetätigkeiten, 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 achtes Zentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft in Deutschland zertifiziert. Als weitere organbezogene Zentren wurden das Brustzentrum und Lungenzentrum mit einem umfangreichen Qualitätsmanagement aufgebaut.

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

Bewertung der Qualität durch interne Audits

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

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

Brandschutzbegehungen, Arbeitssicherheitsbegehungen und Datenschutzbegehungen werden anhand eigener Checklisten von Fachkräften und Beauftragten durchgeführt und protokolliert. Erkannte notwendige Verbesserungen werden vorgenommen, und auch die jeweiligen Checklisten werden neuen Gegebenheiten angepasst.

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

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

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