



Qualitätsbericht 2019

Klinikum Westfalen GmbH
Knappschaftskrankenhaus
Lütgendortmund

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	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9 Anzahl der Betten	14
A-10 Gesamtfallzahlen	14
A-11 Personal des Krankenhauses	15
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-13 Besondere apparative Ausstattung	31
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	31
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-[1] Medizinische Klinik - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin	33
B-[2] Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik	44
B-[3] Interdisziplinäre Schmerzklinik	54
C Qualitätssicherung	62

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	62
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	76
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	77
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	77
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	77
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	77
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	77
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	78
D-1	Qualitätspolitik	78
D-2	Qualitätsziele	86
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	86
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	88
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	92
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	97

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

Stefan Aust
Hauptgeschäftsführer



Michael Kleinschmidt

Michael Kleinschmidt
Geschäftsführer

Einleitung

Historie & Fakten

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

Heute bietet es 326 Betten. Mehr als 6.500 stationäre und mehr als 37.500 ambulante Patienten wurden hier 2019 versorgt. Schwerpunkte liegen in der Psychiatrie, Altersmedizin, Suchtmedizin und Schmerzmedizin. Eine bestens ausgestattete Komfortstation wurde neu geschaffen.

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

Das Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund hielt 2018 vier Fachabteilungen vor:

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

Zentren

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

Leistungsspektrum

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

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

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

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

Im Schmerzzentrum arbeiten mehrere Abteilungen mit unterschiedlichen

Behandlungsschwerpunkten zusammen. Eine enge Kooperation wurde hier mit den Anästhesiologischen Kliniken im Klinikum Westfalen und der Orthopädie am Knappschafts Krankenhaus Dortmund sowie der dortigen Schmerzambulanz geschmiedet. Von zentraler Bedeutung sind dabei multimodale Ansätze zur Erfassung aller Aspekte chronischer Schmerzerkrankungen.

Mit dieser Schwerpunktsetzung und im Gegenzug dem Abbau von Chirurgie und Anästhesiologie am Standort folgte das Klinikum Westfalen 2018 Vorgaben von Politik und Krankenkassen. Die regionale Versorgung auch auf diesem Feld sichert unter anderem der kurze Weg zum Universitätsklinikum Knappschafts Krankenhaus Bochum.

Mitarbeiter

Im Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund arbeiten heute 440 Mitarbeiter. Die Klinik legt mit eigenen Weiterbildungsaktivitäten größten Wert auf die Qualifikation der Mitarbeiter. Zuwendung der Mitarbeiter und modernste Medizintechnik gewährleisten gemeinsam eine hervorragende Patientenversorgung vor Ort.

Perspektive

Die Schwerpunkte Altersmedizin und das psychiatrische, suchtmedinische und psychotherapeutische Angebot am Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund von der Institutsambulanz und der Tagesklinik bis zu stationären Angeboten sollen weiter ausgebaut, das Schmerzzentrum Westfalen weiter entwickelt werden. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) bietet inzwischen auch Online-Sprechstunden über ein entsprechend geschütztes System an.

Innovation

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

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

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

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

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

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

Verantwortliche:

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

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

Links:

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

Weiterführende Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund, Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44388
Ort:	Dortmund
Straße:	Volksgartenstraße
Hausnummer:	40
IK-Nummer:	260590242
Standort-Nummer:	0
Telefon-Vorwahl:	0231
Telefon:	61880
Krankenhaus-URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Betriebsleitung -Klinikum Westfalen GmbH

Verwaltungsleitung

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

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

Krankenhausdirektor
Stefan Grave
Tel.: 0231 922-2203
Fax: 0231 922-1269
stefan.grave@klinikum-westfalen.de

Ärztliche Leitung

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

Pflegerische Leitung

Klaus Böckmann
Tel.: 0231 922-1801
Fax: 0231 922-1809
klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de

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

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Martin Haas, stellv. Ärztlicher Direktor
Telefon:	0231 6188 298
Fax:	0231 6188 359
E-Mail:	martin.haas@klinikum-westfalen.de

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

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	INSTITUTIONSKENNZEICHEN
1	260590242

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
<i>Auszeichnung als Selbsthilfe-freundliches Krankenhaus durch die Organisation Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Krankenhaus NAKOS</i>	
27	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
28	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
29	Sozialdienst
30	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
31	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
	<i>Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk "Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern" KAPDO</i>
32	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Ein-Bett-Zimmer
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
4	Zwei-Bett-Zimmer
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
6	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
7	Seelsorge/spirituelle Begleitung
8	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
9	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
10	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Individuelle Anpassung der Kostform in Absprache mit der Pflege/Ernährungsberatung</i>
11	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	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	Besondere personelle Unterstützung
5	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
6	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
7	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
8	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
9	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
10	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
11	Allergenarme Zimmer
12	Diätetische Angebote
13	Dolmetscherdienst <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
14	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>
15	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
16	Mehrsprachige Internetseite
17	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	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
5	Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 291

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	6254
Teilstationäre Fallzahl:	230
Ambulante Fallzahl:	12562

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	49,42	49,42	0,00	11,20	38,22
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	23,68	23,54	0,14	4,98	18,70
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	108,34	108,34	0,00	11,66	96,68
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,17	3,17	0,00	0,00	3,17
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	29,27	29,27	0,00	0,00	29,27
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	18,17	18,17	0,00	0,00	18,17
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,24	2,24	0,00	0,00	2,24
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,32	0,32	0,00	0,00	0,32
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen
in Personen zum Stichtag 31. Dezember des
Berichtsjahres 0

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,54	4,54	0,00	0,49	4,05

Abkürzungen:

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	12,13	12,13	0,00	7,47	4,66
Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	2,25	2,25	0,00	0,00	2,25
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	16,22	16,22	0,00	0,00	16,22
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	11,94	11,94	0,00	0,00	11,94
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	6,17	6,17	0,00	0,00	6,17

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	0,66	0,66	0,00	0,00	0,66
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	0,52	0,52	0,00	0,00	0,52
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	1,80	1,80	0,00	0,00	1,80
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	4,81	4,81	0,00	0,00	4,81
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	3,14	3,14	0,00	0,00	3,14
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80
Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	1,81	1,81	0,00	0,00	1,81
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Alle Kliniken, Stationen, die Hygiene sowie die technische Abteilung sind fester Bestandteil der regelmäßigen Qualitätszirkeln sowie QM-Steuergruppen.

Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

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

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Chancen- und Risikomanagement - SOP</i> <i>Letzte Aktualisierung: 11.11.2019</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung; Einsatz- und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 22.10.2019</i>
5	Schmerzmanagement
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie - 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>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA Letzte Aktualisierung: 23.01.2020</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: MP Meldung Vorkommnisse bei MP - VA 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 Patientenverwechselungen
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA Letzte Aktualisierung: 14.08.2020</i>
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Tätigkeiten im Aufwachraum - AA Letzte Aktualisierung: 20.08.2020</i>
15	Entlassungsmanagement
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung Letzte Aktualisierung: 21.11.2019</i>

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

☒	Tumorkonferenzen
☒	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☒	Pathologiebesprechungen
☒	Palliativbesprechungen
☒	Qualitätszirkel

☒ 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 (Ärztetkammern NordrheIn und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft NordrheIn-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen NordrheIn und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	17

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	17
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	144

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" UnnaArbeitskreis "Hygiene und Infektionsschutz" Dortmund (ab 01.01. 2015)</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

☐	AMBU-KISS
☒	CDAD-KISS
☒	HAND-KISS
☒	ITS-KISS
☒	MRSA-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☒	OP-KISS
☐	STATIONS-KISS
☐	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
3	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Beschwerdemanagement.php	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	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>Sprechstunde: donnerstags 14 bis 16 Uhr</i>	Ja
6	Patientenbefragungen	Ja
7	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/ <i>Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenfürsprecher finden Sie auf der Website.</i>	Ja
9	Einweiserbefragungen	Ja
10	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Bodo Weirauch, Patientenfürsprecher
Telefon:	0231 6188 224
Fax:	
E-Mail:	bodo.weirauch@klinikum-westfalen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?

ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:

Dr. med. Thomas Finkbeiner, Vorsitzender der Arzneimittelkommission ist Herr Dr. Thomas Finkbeiner. Er ist zugleich Chefarzt der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie.

Telefon:

0231 6188 231

Fax:

0231 6188 712

E-Mail:

thomas.finkbeiner@klinikum-westfalen.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:

15

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:

15

Erläuterungen:

In Zusammenarbeit mit der Zentralapothek des Universitätsklinikums Knappschafts Krankenhaus 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</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.10.2018</i>
3	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
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:

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

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

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

☒	Fallbesprechungen
☒	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☒	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☒	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
☐	Andere

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

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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: **Nein**

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Ab dem 01.01.2020 ist das Knappschafts Krankenhaus Lütgendortmund als Spezialversorger nach §26 der G-BA Regelungen (Modul Spezialversorgung) des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V aufgrund der Spezialisierung und medizinischen Schwerpunktsetzung in den Bereichen "Psychiatrie" und "Altersmedizin" aufgenommen.

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: **Ja**

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:

Angabe: Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

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 - Altersmedizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Allg. Innere Medizin und Intensivmedizin

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



Klinikdirektor
Dr. med. Martin Haas

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

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

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Haas, Stellv. Ärztlicher Direktor & Klinikdirektor
Telefon:	0231 6188 298
Fax:	0231 6188 359
E-Mail:	martin.haas@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Volksgartenstr. 40
PLZ/Ort:	44388 Dortmund
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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3907
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	328
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	265
3	E86	Volumenmangel	172
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	168
5	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	167
6	I50	Herzinsuffizienz	136
7	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	123
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	122
9	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	113
10	I63	Hirnfarkt	93

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	2283
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1976
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	749
4	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	647
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	530
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	474
7	1-710	Ganzkörperplethysmographie	312
8	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	303
9	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	263
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	221

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	616
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	71
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	69

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	25,65	25,65	0,00	0,40	25,25	154,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,36	10,22	0,14	0,20	10,16	384,5

Abkürzungen:

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	44,10	44,10	0,00	5,90	38,20	102,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,17	2,17	0,00	0,00	2,17	1800,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	23,43	23,43	0,00	0,00	23,43	166,8
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	11,57	11,57	0,00	0,00	11,57	337,7
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,09	1,09	0,00	0,00	1,09	3584,4
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	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3907,0
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	2,29	2,29	0,00	0,49	1,80	2170,6

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

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

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

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1,80	1,80	0,00	0,00	1,80	2170,6
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	3,50	3,50	0,00	0,00	3,50	1116,3
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50	1562,8

Abkürzungen:

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

B-[2] Psychiatrie, Psychotherapie und Tagesklinik

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



Chefarzt
Dr. med. Thomas Finkbeiner

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

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

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

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

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

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

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

medizinisches und psychologisches Therapieprogramm an.

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

Die enge Kooperation mit den anderen Kliniken des Klinikum Westfalen bietet eine hohe diagnostische Sicherheit bei der Abklärung körperlicher und psychischer Krankheiten.

Durch die intensive Zusammenarbeit mit den anderen Kliniken leisten wir einen Beitrag zur Gleichstellung körperlich und psychisch kranker Menschen.

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

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Finkbeiner, Chefarzt der Psychiatrie, Psychotherapie & Tagesklinik
Telefon:	0231 6188 231
Fax:	0231 6188 357
E-Mail:	thomas.finkbeiner@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Volksgartenstr. 40
PLZ/Ort:	44388 Dortmund
URL:	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 psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
9	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
11	Spezialsprechstunde
12	Psychoonkologie
13	Psychiatrische Tagesklinik

Unser Behandlungsspektrum

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

Behandlung ambulant

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

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

Behandlung in der Tagesklinik

Die Tagesklinik bietet **werktags von 08:00 Uhr bis 16:30 Uhr** ein psychiatrisches und psychotherapeutisches Therapieprogramm an. Sie stellt die angemessene

Behandlungsform dar, wenn die ambulante Behandlung nicht ausreicht, aber eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Die Patienten können die therapiefreie Zeit in ihrer häuslichen Umgebung verbringen. So können stärkende und stützende, aber auch konfliktreiche Elemente der sozialen Kontakte und Bezüge besonders gut in die Therapie integriert werden. Selbstständigkeit wird gefördert.

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

Behandlung stationär

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1953
Teilstationäre Fallzahl:	230

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	249
2	F20	Schizophrenie	210
3	F32	Depressive Episode	160
4	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	74
5	F25	Schizoaffektive Störungen	61
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	56
7	G30	Alzheimer-Krankheit	52
8	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	49
9	F31	Bipolare affektive Störung	36
10	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	28

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	9473
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	1936
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1599
4	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	660
5	8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]	480
6	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	450
7	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	374
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	316
9	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	274
10	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	262

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	22,19	22,19	0,00	10,80	11,39	171,5
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	11,74	11,74	0,00	4,78	6,96	280,6

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	53,76	53,76	0,00	5,76	48,00	40,7
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	4,84	4,84	0,00	0,00	4,84	403,5
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	5,20	5,20	0,00	0,00	5,20	375,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,15	1,15	0,00	0,00	1,15	1698,3
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,32	0,32	0,00	0,00	0,32	6103,1
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	1,25	1,25	0,00	0,00	1,25	1562,4

Abkürzungen:

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

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

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	12,13	12,13	0,00	7,47	4,66	419,1
Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	2,25	2,25	0,00	0,00	2,25	868,0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	14,42	14,42	0,00	0,00	14,42	135,4
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	8,44	8,44	0,00	0,00	8,44	231,4
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	3,67	3,67	0,00	0,00	3,67	532,2

Abkürzungen:

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

B-[3] Interdisziplinäre Schmerzlinik

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



Leitender Arzt
Dr. med. Sedat Spiekermann

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

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

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

Ihr Dr. Sedat Spiekermann mit dem Team der Interdisziplinären Schmerzlinik

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Sedat Spiekermann, Leitender Arzt
Telefon:	0231 6188 319
Fax:	0231 6188 332
E-Mail:	sedat.spiekermann@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Volksgartenstr. 40
PLZ/Ort:	44388 Dortmund
URL:	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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

Im Zuge unseres ganzheitlichen Therapieansatzes nutzen wir:

- Medizinische und psychologische Diagnostik
- Medikamentöse Therapie
- Osteopathie
- Methoden der Regionalanästhesie
- Neuraltherapie
- Neurostimulation (TENS, SCS)
- Akupunktur
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Schmerzbewältigungstraining

- Progressive Muskelentspannung
 - Krankengymnastik
 - Krankgymnastik nach Bobath (Erwachsene)
 - Manuelle Therapie
 - MTT (Medizinische Trainingstherapie)
 - Elektrotherapie
 - Fango (Warmpackung)/Heißluft
 - Klassische Massagetherapie/Bindegewebssmassage
 - Ultraschall
 - Kinesio - Tape
 - Triggerpunkt/Faszientherapie
 - Ergotherapie
- (Motorisch-funktionell/sensomotorisch-perzeptiv/Hirnleistungstraining/psychisch-funktionell)
- Aromatherapie/Klangschalenthherapie/Kunsttherapie
 - Herzratenvariabilität
 - Hydrojetbehandlung
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	394
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	101
2	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	92
3	M54.4	Lumboischialgie	29
4	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	29
5	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	13
6	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	12
7	M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich	12
8	M47.27	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich	8
9	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	8
10	M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	7

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M47	Spondylose	136
2	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	97
3	M54	Rückenschmerzen	78
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	25
5	F45	Somatoforme Störungen	8
6	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7
7	M48	Sonstige Spondylopathien	6
8	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	6
9	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	4
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	4

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	189
2	8-918.10	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten	144
3	8-918.00	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Bis zu 20 Therapieeinheiten	118
4	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	80
5	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	74
6	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	55
7	8-917.11	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Halswirbelsäule	31
8	8-917.1x	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	12

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	7
10	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	7

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

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58	249,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58	249,4

Abkürzungen:

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,48	10,48	0,00	0,00	10,48	37,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	394,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	394,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,40	1,40	0,00	0,00	1,40	281,4
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	394,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	231	100
2	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	166	100,6

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	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 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	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	65,52
Grundgesamtheit	6191
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

2	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	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 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	6191
	Grundgesamtheit	6191
	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

3	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	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	0,03 % - 0,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	6191
	Grundgesamtheit	6191
4	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 % - 0,06 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		0 % - 0,01 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		6191
Grundgesamtheit		6191

5	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	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 % - 0,06 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		0,05 % - 0,06 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	6191
Grundgesamtheit	6191
6	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-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	97,75 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	167
Grundgesamtheit	167
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	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	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 Versorgungs-qualität 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	97,74 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,59 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	166
	Erwartete Ereignisse	166
	Grundgesamtheit	166
8	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	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
9	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-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	95,71 % - 99,86 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	128
Grundgesamtheit	128

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 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	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	91,12 % - 99,29 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	94,11 % - 94,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	76
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
11	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	95,25 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	77
Grundgesamtheit	77

12

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-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	95,25 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	77
Grundgesamtheit	77

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	↻ verbessert
--	--------------

13

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 Versorgungs-qualität 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	14,43 % - 26,45 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
	FALLZAHL	
14	Beobachtete Ereignisse	33
	Erwartete Ereignisse	167
	Grundgesamtheit	167
	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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	97,75 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	167
Grundgesamtheit	167
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	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 1,88 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich

0,97 % - 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 Strukturiertes Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

🔄 verbessert

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

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

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

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

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

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

D-1 Qualitätspolitik

Selbstverständnis

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

Patient - Kunde - Partner

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

Qualität

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

- Der Betrieb unseres Hauses erfolgt nach ökonomischen und ökologischen Gesichtspunkten.
- Unsere Kompetenz und unseren Sachverstand bringen wir auch durch Beratung und Informationen für gesundheitliches Verhalten aktiv ein. Wir sichern die Weiterentwicklung unseres Qualitätsniveaus durch ständige Fort- und Weiterbildung.

Zusammenarbeit und menschlicher Umgang

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

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

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

Wegweisend und Impulsgebend in der Region

Wir - in unserer Region

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

Wir - für Individualität und Qualität

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

Wir - für den würdigen Umgang mit den Menschen

Im Umgang mit dem Patienten wahren wir Würde und Intimität und schützen das Vertrauensverhältnis. Dies basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen. Menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten und deren Angehörigen ist für uns selbstverständlich. Im Rahmen der Möglichkeit bieten wir den Patienten und ihren Angehörigen an, aktiv auf den Behandlungsprozess Einfluss zu nehmen. Das gilt in allen Lebensphasen. Respekt, Einfühlbarkeit 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, 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 in anderen Kliniken auch, gilt die Sicherung der Patientenversorgung und somit der Erhalt aller Standorte als oberstes strategisches Ziel.

Der Weg dorthin führt über:

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

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

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

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

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

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

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

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

Der Weg dorthin führt über:

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

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

Informationswesen und Schulungen

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

Interne Auditinstrumente

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

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

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

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

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

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

Beschwerdemanagement

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

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

Patientensicherheit

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

Klinische Konferenzen

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

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

Befragungen

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

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

Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung

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

Wartezeitenmanagement

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

externe Befragungen

interne Befragungen

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

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

Gremien & Kommissionen

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

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

Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

Projekt

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

Hintergrund

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

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

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

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

Evaluation und Zielerreichung

Die Evaluation der Zielerreichung im Onkologischen Zentrum erfolgt über:

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

Projekt

Aufbau eines qualitätszertifizierten Prostatazentrums.

Hintergrund

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

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung:

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

9. Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsstrukturen zum Prostatazentrum

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung im Prostatazentrum erfolgt über:

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

Projekt

Patientensicherheit

Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten.

Hintergrund

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes:

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

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

Projekt:

Qualitätszertifizierung der Diabetologie des Krankenhauses.

Hintergrund

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

Ziele

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

Maßnahmen und Umsetzung:

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

Evaluation und Zielerreichung

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

Projekt

Aufbau einer Schlaganfalleinheit (regionale Stroke Unit).

Hintergrund

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

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

Ziele

Folgende Ziele wurden definiert:

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen wurden im Verlauf des Projektes erarbeitet und implementiert:

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über

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

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

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

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

Bewertung durch Vergleiche mit anderen Einrichtungen

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