



Qualitätsbericht 2020

Klinikum Westfalen GmbH
Knappschaftskrankenhaus Dortmund
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ruhr-Universität Bochum

Strukturierter Qualitätsbericht für das
Berichtsjahr 2020
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	3
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-0 Fachabteilungen	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-9 Anzahl der Betten	17
A-10 Gesamtfallzahlen	17
A-11 Personal des Krankenhauses	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-13 Besondere apparative Ausstattung	37
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	38
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	41
B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie	42
B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin	54
B-[3] Medizinische Klinik III - Klinik für Kardiologie - HERZ ZENTRUM WESTFALEN	66
B-[4] Medizinische Klinik IV - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin	78

B-[5]	Medizinische Klinik V - Klinik für Angiologie	87
B-[6]	Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Sportmedizin	96
B-[7]	Klinik für Chirurgie - Unfallchirurgie	107
B-[8]	Klinik für Gefäßchirurgie	117
B-[9]	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	124
B-[10]	Klinik für Urologie und Kinderurologie	133
B-[11]	Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie	144
B-[12]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	154
B-[13]	Klinik für Neurologie	165
B-[14]	Klinik für Nuklearmedizin	175
B-[15]	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	184
B-[16]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	194
B-[17]	Klinik für diagnostische Radiologie	201
C	Qualitätssicherung	210
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	210
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	296
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	297
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	297
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	299
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	301
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	301
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	301
D-1	Qualitätspolitik	309
D-2	Qualitätsziele	316

D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	316
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	318
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	322
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	327

Vorwort



Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

das Klinikum Westfalen steht für den Anspruch, 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. 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.

Im Klinikum Westfalen wird nahezu das gesamte Leistungsspektrum der modernen Medizin angeboten. Wir passen unsere Leistungen kontinuierlich den neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin an, um den anerkannt hohen Standard der Patientenversorgung in unseren Krankenhäusern zu halten oder noch weiter zu verbessern. Das Klinikum Westfalen stellt hohe Ansprüche an die medizinische, die pflegerische und die technische Leistungsfähigkeit. Zertifizierungen nach anerkannt hohen Qualitätsmaßstäben bestätigen dieses Engagement.

Ein eigenes Qualitätsmanagementsystem (QMS) und externe Überprüfungen sichern die Qualität der medizinischen Leistungen. Das Krebszentrum (Cancer Center) ist nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Auch die Endoprothetikzentren in Dortmund und Kamen erfüllen höchste Qualitätsansprüche, ebenso weitere Zentren in unserem Verbund. 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 zertifizierten Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken, mit dem Herzzentrum Westfalen, zertifizierten AltersTraumaZentren und dem Zentrum für Altersmedizin sowie dem Gefäßzentrum. Eine Klinik für plastische Chirurgie, die Gefäßchirurgie und eine weitere Klinik für Angiologie am Knappschaftskrankenhaus Dortmund erweiterten jüngst das Leistungsspektrum. An den vier Standorten des Klinikums Westfalen erfolgte 2019 eine ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung von mehr als 162.000 Patientinnen und Patienten.

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 2.650 Beschäftigten,

darunter fast 250 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 "prospere 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 befinden sich die Patientinnen und Patienten in guten Händen, denn sie erwarten 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 unsere Häuser freuen.



Stefan Aust
Hauptgeschäftsführer



Michael Kleinschmidt
Geschäftsführer

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund ist seit der Inbetriebnahme vor mehr als 60 Jahren eine wichtige Säule der Gesundheitsversorgung in der Stadt und der Region. Wir stellen uns immer wieder neu dem Anspruch, als modernes Krankenhaus Patienten ein breites Angebot an Gesundheitsleistungen mit höchstmöglicher Qualität zu bieten. Dafür passen wir fortlaufend Strukturen an, entwickeln unsere medizintechnische Ausstattung weiter und engagieren uns in der Weiterbildung für hohe personelle Kompetenz.

Zu den anfänglich vorhandenen Disziplinen - Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin, Radiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe - kamen im Laufe der Jahre neue medizinische Abteilungen hinzu. Dies sind die Neurologie, die Anästhesie und Intensivpflege sowie die Urologie, Unfallchirurgie, Pneumologie, Kardiologie und Onkologie. Im Rahmen der Spezialisierung der Fachgebiete entwickelte sich die Radiologie weiter, es entstanden die Fachbereiche Radioonkologie und Strahlentherapie, Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie. Neu hinzugekommen sind außerdem die Plastische Chirurgie sowie Angiologie und Gefäßchirurgie. Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie haben sich außerdem zuletzt unter neuen Leitungen ganz neu aufgestellt.

Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund hat sich kontinuierlich durch bauliche Erneuerung und Anpassung an die medizinisch-technische Entwicklung, sowie an die neuesten Erkenntnisse der Medizin und der Pflege als innovatives Gesundheitszentrum weiterentwickelt. Die medizinisch-technische Geräteausstattung wurde permanent verbessert, u.a. durch die Anschaffung moderner radiologischer Technik für die Diagnostik, neue Herzkatheterlabore und ganz aktuell die umfassende Erneuerung der Nuklearmedizin.

Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund gehört seit 2010 zu den inzwischen vier Standorten der Klinikum Westfalen GmbH.

Schwerpunkte

Das Krebszentrum wurde als erstes im Land NRW nach den hohen Qualitätsansprüchen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Eine Klinik für Onkologie und breit aufgestellte Fachkliniken für alle Facetten von Diagnostik und Therapie an einem Standort arbeiten hier zusammen. Die Klinik für Pneumologie baute ein Lungenfachzentrum mit Weaningeinheit und einem Schlaflabor auf. Die Klinik für Orthopädie etablierte ein Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung und bietet umfassende Therapie für Wirbelsäulenerkrankungen an. Mit der Stroke Unit wurden optimale Behandlungsmöglichkeiten für Schlaganfallpatienten geschaffen.

Die Chirurgie wurde konsequent ausgebaut für ein umfassendes therapeutisches Angebot mit hohem Grad an Spezialisierung. Die Kliniken für Plastische Chirurgie und für Gefäßchirurgie rundeten das chirurgische Leistungsspektrum ab. Die "Klinik für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie und Proktologie" und die "Klinik für Unfall- und Handchirurgie, Kindertraumatologie" stellten sich 2021 völlig neu auf. Die Abteilung für Sportmedizin steht für höchste Kompetenz auch in der medizinischen Betreuung der beiden Erstliga-Fußballteams der Region. Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie bilden gemeinsam ein modernes Gefäßzentrum mit umfassenden Behandlungsmöglichkeiten.

Für etablierte fachliche Spezialisierungen stehen das zertifizierte Hernienzentrum, das Zentrum für minimalinvasive und robotisch unterstützte Chirurgie und die Mitgliedschaft im Deutschen Schilddrüsenzentrums. In der Geburtshilfe am Knappschafts Krankenhaus Dortmund kamen inzwischen mehr als 45.000 Babies zur Welt. Unter dem Dach des Herzzentrums Westfalen bietet die Klinik für Kardiologie das gesamte Leistungsspektrum der modernen Kardiologie und verfügt dafür über eine hochmoderne Ausstattung mit drei Herzkatheterlaboren.

Leistungsspektrum

Das Knappschafts Krankenhaus Dortmund zählt mit seinen 451 Planbetten zu den großen Dortmunder Krankenhäusern. Es ist mit seinen mehr als 1.400 Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber im Dortmunder Raum. Hier werden jährlich über 21.500 Patienten stationär und mehr als 46.600 ambulant betreut. Das Einzugsgebiet erstreckt sich weit über die Grenzen der Stadt Dortmund hinaus.

Das Knappschafts Krankenhaus Dortmund hielt 2020 insgesamt 18 Fachabteilungen vor:

- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Klinik für Angiologie
- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie
- Klinik für Unfall- und Handchirurgie, Kindertraumatologie
- Abteilung für Sportmedizin
- Klinik für Plastische Chirurgie
- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie
- Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin
- Klinik für Kardiologie
- Klinik für Neurologie
- Klinik für Nuklearmedizin
- Klinik für Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin
- Klinik für Orthopädie, Spezielle orthopädische Chirurgie und Wirbelsäulentherapie
- Klinik für Radiologie
- Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
- Klinik für Urologie und Kinderurologie

Zentren:

- Krebszentrum (Cancer Center)
- Darmzentrum
- Prostatazentrum
- Brustzentrum
- Hernienzentrum
- Kompetenzzentrum für chirurgische Kolproktologie
- Zentrum für minimalinvasive und robotisch unterstützte Chirurgie
- Stroke Unit
- Herzzentrum mit Chest Pain Unit und Cardiac Arrest Center
- Diabeteszentrum
- Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- Weaningzentrum
- Gefäßzentrum
- Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie
- Ecmo-Zentrum
- Adipositaszentrum
- Schilddrüsenzentrum

Im Knappschaftskrankenhaus Dortmund werden eine interdisziplinäre Intensivstation, eine Intermediate Care Unit (IMC), ein Zentrallabor, eine Zentrale Notaufnahme, eine Schmerzambulanz und eine physikalische Therapie vorgehalten. Die gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor wird durch Kooperationen mit auf dem Krankenhausgelände befindlichen Gemeinschaftspraxen und eine enge Verzahnung mit den niedergelassenen Ärzten und sonstigen Leistungsanbietern unterstrichen.

Premiumstation / Service

Auch in Sachen Komfort bietet unsere Klinik optimalen Standard für unsere Patienten. Um den Krankenhausaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, wurde die für gehobene Ansprüche geschaffene Premiumstation mit zunächst 40 Betten um einen weiteren Flügel erweitert. Die Zimmer sind gemäß dem Kriterienkatalog des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen hochwertig ausgestattet. Sie verfügen u.a. über einen kostenfreien Internetzugang, Flachbildfernseher, Abspielmöglichkeit für eigene Geräte sowie über eine Mini-Bar und weitere Annehmlichkeiten. Zusätzliche Servicekräfte bieten individuelle Dienstleistungen an und tragen so zu einer baldigen Genesung in einer entspannenden Atmosphäre bei.

Perspektive

Das zum 1.1.2020 gestartete Gefäßzentrum mit den neuen Kliniken für Angiologie und Gefäßchirurgie ist bereits gut etabliert. Die Neuaufstellung der chirurgischen Kliniken erweitert noch das Leistungsspektrum des Hauses. Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund hat als eines der Covid-Schwerpunktkrankenhäuser in Stadt und Region besondere Herausforderungen gemeistert. Ab 2021 und hoffentlich darüber hinaus liegt der Fokus wieder voll und ganz auf der breiten Gesundheitsversorgung für die Menschen in der Region.

Dieser strukturierte Qualitätsbericht gibt einen Einblick in die Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses. Wenn Sie weitergehende 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 922-0.

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

Verantwortliche:

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

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

Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie
2	Hauptabteilung	Medizinische Klinik II - Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin
3	Hauptabteilung	Medizinische Klinik III - Klinik für Kardiologie - HERZ ZENTRUM WESTFALEN
4	Hauptabteilung	Medizinische Klinik IV - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
5	Hauptabteilung	Medizinische Klinik V - Klinik für Angiologie
6	Hauptabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Sportmedizin
7	Hauptabteilung	Klinik für Chirurgie - Unfallchirurgie
8	Hauptabteilung	Klinik für Gefäßchirurgie
9	Hauptabteilung	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
10	Hauptabteilung	Klinik für Urologie und Kinderurologie
11	Hauptabteilung	Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie
12	Hauptabteilung	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
13	Hauptabteilung	Klinik für Neurologie
14	Hauptabteilung	Klinik für Nuklearmedizin
15	Hauptabteilung	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
16	Nicht-Bettenführend	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
17	Nicht-Bettenführend	Klinik für diagnostische Radiologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260591619
Standort-Nummer alt:	1
Standort-Nummer:	771108000
Telefon-Vorwahl:	0231
Telefon:	9220
E-Mail:	info@klinikum-westfalen.de
Krankenhaus-URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen GmbH
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260591619
Standort-Nummer alt:	1
Standort-Nummer:	771108000
Standort-URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

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

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

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

Leitung des Standorts:

Standort:	Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Matthias Wagner, Krankenhausleitung
Telefon:	0231 922 2206
Fax:	0231 922 1269
E-Mail:	matthias.wagner@klinikum-westfalen.de

Standort:	Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Ärztliche Leitung

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

Standort:	Knappschafts Krankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen GmbH
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Klaus Böckmann, Pflegedirektor
Telefon:	0231 922 1801
Fax:	0231 922 1809
E-Mail:	klaus.boeckmann@klinikum-westfalen.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	260591619

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1	Ruhr-Universität Bochum
---	-------------------------

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Akupunktur</p> <p><i>Akupunktur-Sprechstunde der Hebammen: Mittwoch 14.00 - 18.00 Uhr (Anmeldung unter 0231 922-1221 erforderlich)</i></p>
2	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Im Rahmen des Pflegekonzeptes durch Pflegekräfte und die Pflegeüberleitung im Hause werden Angehörige in die Pflege der Patienten mit einbezogen.</i></p>
3	<p>Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Durch eine gezielte Atemgymnastik wird die Atemmuskulatur gestärkt und die Atemleistung erhöht.</i></p>
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie
6	<p>Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Die Bobath-Therapie ist eine spezielle krankengymnastische Technik bei neurologischen Krankheitsbildern zur Hemmung gestörter Bewegungsmuster und zur Bahnung physiologischer Bewegungsabläufe (z.B. bei Multipler Sklerose, Hemiplegie-Patienten, nach Rückenmarksverletzungen).</i></p>
7	<p>Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen</p> <p><i>Durch die Abteilung für Ernährungsberatung wird für Diabetiker eine spezielle Ernährungsberatung angeboten. Außerdem Diabetesmenüs nach BE und Schulungen im Umgang mit Spritztechniken, Messtechniken und Medikamenten. Kinder erhalten eine geplante Diabetesschulung.</i></p>
8	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Durch die Ernährungsberatung werden die Patienten nach einer Diagnosestellung ernährungstherapeutisch unterstützt. Es findet eine individuelle Beratung in Einzel- oder Gruppengesprächen statt. Durch eine intensive Ernährungsanamnese wird mit den Patienten gemeinsam ein Ernährungsplan erstellt.</i></p>
9	<p>Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Die Mitarbeiter der Abteilung für Pflegeüberleitung beraten und unterstützen die Patienten, die nach der Entlassung noch pflegerische Versorgung benötigen. Dazu gehören: Besuch auf der Station und Analyse der Pflegebedürftigkeit; Kontakt mit der Krankenkasse; dem Hausarzt.</i></p>
10	Ergotherapie/Arbeitstherapie
11	<p>Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege</p> <p><i>Bezugspflege, Fallbesprechungen, Pflegevisiten, prozessuale Pflege</i></p>
12	<p>Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik</p> <p><i>Durch die Elternschule des Klinikum Westfalen werden unterschiedliche Geburtsvorbereitungskurse angeboten.</i></p>
13	<p>Kinästhetik</p> <p><i>Kinästhetische Bewegung und Mobilisation hat eine positive Wirkung auf die Gesundheit von Patienten und Pflegenden. Sie schult u.a. Koordinations- und Funktionsfähigkeiten. Das Konzept wird insbesondere in der Neurologie und Kinderheilkunde eingesetzt</i></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
14	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
15	Manuelle Lymphdrainage <i>Die Lymphdrainage ist eine Variante der klassischen Massage und soll den Abtransport der Lymphflüssigkeit aus den Körpergeweben fördern. Sie wird nach ärztlicher Anordnung durch speziell ausgebildete Therapeuten in der Abteilung für Physiotherapie angeboten.</i>
16	Massage <i>In der Abteilung für Physiotherapie werden nach ärztlicher Anordnung verschiedene Massagen durchgeführt.</i>
17	Medizinische Fußpflege <i>Die medizinische Fußpflege wird durch die hauseigene Podologie vorgenommen.</i>
18	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <i>u. a. Homöopathie</i>
19	Physikalische Therapie/Bädertherapie
20	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
21	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
22	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>einschließlich Psychoonkologie</i>
23	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
24	Säuglingspflegekurse <i>Der Säuglingspflegekurs ist ein Angebot der Elternschule.</i>
25	Schmerztherapie/-management
26	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
27	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
28	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Fachpflegekräfte für Onkologie, Breast Care Nurses, Palliative Care, Pain Nurse</i>
29	Stillberatung <i>In der Frauenklinik findet Stillberatung durch speziell geschulte Mitarbeiterinnen statt.</i>
30	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
31	Stomatherapie/-beratung
32	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Ein Orthopädietechniker kommt auf Anforderung bei Bedarf zur Anpassung verordneter Hilfsmittel auf die Station z.B. Schuhanpassung bei diabetischem Fußsyndrom</i>
33	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Wärme- und Kälteanwendungen werden nach ärztlicher Anordnung durch die Abteilung für Physiotherapie durchgeführt.</i>
34	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
35	<p>Wundmanagement</p> <p><i>Das Haus verfügt über speziell ausgebildete Fachpflegekräfte im Bereich Wundmanagement.</i></p>
36	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
37	<p>Aromapflege/-therapie</p> <p><i>Im Klinikum Westfalen wird durch eine geschulte Pain Nurse die Aromatherapie kostenlos angeboten.</i></p>
38	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
39	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Beratung für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben.</i></p>
40	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Regelmäßige Arzt-Patienten-Seminare, Tage der offenen Tür, Vorträge zu Krankheitsbildern, Sommerfest, Kunstausstellungen, Krankenhausrödelmarkt, Sonnenfest der Geburtsstation</i></p>
41	<p>Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien</p> <p><i>Die Elternschule der Frauenklinik bietet ein breites Spektrum an Kursen vor und nach der Geburt an.</i></p>
42	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Ein-Bett-Zimmer <i>Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können Sie auch Wahlleistungen entweder im Rahmen bestehender Versicherungen oder gegen Zuzahlung in Anspruch nehmen. Hierzu zählen z.B. Einbettzimmer oder die Nutzung von besonders hochwertig ausgestatteten Zimmern auf unserer Komfortstation.</i>
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können Sie auch Wahlleistungen entweder im Rahmen bestehender Versicherungen oder gegen Zuzahlung in Anspruch nehmen. Hierzu zählen z.B. Einbettzimmer oder die Nutzung von besonders hochwertig ausgestatteten Zimmern auf unserer Komfortstation.</i>
3	Mutter-Kind-Zimmer
4	Rooming-in
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
6	Zwei-Bett-Zimmer
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
9	Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Es werden regelmäßig Gottesdienste im Raum der Stille gehalten. Evangelische und katholische Ansprechpartner stehen jederzeit zur Verfügung.</i>
10	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Es finden regelmäßig Patientenveranstaltungen durch Chefärzte & Experten statt. Aktuelle Veranstaltungen werden im Vorfeld auf der Website http://www.klinikum-westfalen.de angekündigt.</i>
11	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Wir pflegen eine sehr enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Selbsthilfe aus verschiedensten Bereichen.</i>
12	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Über unsere moderne Zentralküche ist es möglich verschiedenste Ernährungsbedarfe abzudecken. Bitte sprechen Sie unserer Ernährungsassistenten bei Ihrer Aufnahme einfach an.</i>
13	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Arbeit mit Piktogrammen
7	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
8	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)
9	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
11	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
12	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
13	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
14	Mehrsprachige Internetseite
15	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
16	Diätetische Angebote
17	Dolmetscherdienst
	<i>Arabisch, Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

18 Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

Arabisch, Berbisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN

- 1 Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
- 2 Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
- 3 Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
- 4 Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
- 5 Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
- 6 Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

- 1 Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 2 Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
- 3 Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
- 4 Entbindungspfleger und Hebamme
- 5 Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
- 6 Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 451

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	18762
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	34825

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	192,58	191,63	0,95	6,19	186,39
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	107,72	106,77	0,95	6,19	101,53
Belegärztinnen und Belegärzte	0				
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	351,04	351,04	0,00	0,00	351,04
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,80	1,80	0,00	0,00	1,80
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,37	25,37	0,00	0,00	25,37
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	21,23	21,23	0,00	0,00	21,23
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,82	4,82	0,00	0,00	4,82
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,47	11,47	0,00	0,00	11,47
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,33	13,33	0,00	0,00	13,33
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,32	10,32	0,00	0,00	10,32

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	2,08	2,08	0,00	0,00	2,08
Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeut/Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heilerhythmielehrerin und Heilerhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Erzieherin und Erzieher	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Heilpädagogin und Heilpädagoge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Heilpraktikerin und Heilpraktiker	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Logopädin und Logopäd/Klinische Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	29,10	29,10	0,00	0,00	29,10
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	8,93	8,93	0,00	0,00	8,93
Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,47	1,47	0,00	0,00	1,47
Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	5,11	5,11	0,00	0,00	5,11
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/Kinderpflegerin und Kinderpfleger	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	1,65	1,65	0,00	0,00	1,65
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	3,86	3,86	0,00	0,00	3,86

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

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

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW GF Chancen- und Risikomanagement - SOP Letzte Aktualisierung: 26.08.2021</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Individuell je Fachabteilung; Einsatz und Alarmierungsplan Letzte Aktualisierung: 07.01.2021</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie Schmerz - VA Letzte Aktualisierung: 20.08.2020</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Sturzprophylaxe - VA Letzte Aktualisierung: 26.08.2021</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK PD Dekubitusprophylaxe Expertenstandard - VA Letzte Aktualisierung: 23.01.2020</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Freiheitsentziehende Maßnahmen - VA Letzte Aktualisierung: 08.05.2021</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK 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 Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW OP Vermeidung von Eingriffsverwechslung - VA Letzte Aktualisierung: 02.09.2021</i>
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KK OP Standard Pobe - VA Letzte Aktualisierung: 20.08.2020</i>
15	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KW PD Entlassungsmanagement - VA Letzte Aktualisierung: 26.08.2021</i>

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 30.08.2021</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
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 (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	10
Hygienefachkräfte (HFK)	4
Hygienebeauftragte in der Pflege	24

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 Chirurischen 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 Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

	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 Wundaufgabe	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):	38
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	342

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

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

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	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	Einweiserbefragungen	Ja
3	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
	https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/	
	<i>Patienten & Angehörige haben auf jeder Station/Ambulanzen die Möglichkeit einen Lob- und Beschwerdebogen auszufüllen.</i>	
4	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
	https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/	
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
7	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Unternehmen/Lob_und_Kritik/Patientenfuersprecher.php?Z_highmain=0&Z_highsub=0&Z_highsubsub=0&no=1	
	<i>Weitere Informationen über das Beschwerdemanagement und unseren Patientenfürsprecher finden Sie auf der Website.</i>	
8	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
	https://serviceportal.klinikum-westfalen.de/	
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Patienten/Lob_und_Kritik/Beschwerdemanagement.php	

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Marcus Dangel, Beschwerdemanagement
Telefon:	0231 922 1765
Fax:	0231 922 1809
E-Mail:	marcus.dangel@klinikum-westfalen.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Jörg Degelmann, Patientenfürsprecher
Telefon:	0231 922 1169
Fax:	
E-Mail:	joerg.degelmann@klinikum-westfalen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

	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 PD Entlassungsmanagement - VA Letzte Aktualisierung: 04.08.2020</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)
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
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)
5	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	
6	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
7	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)
8	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße
	<i>Herzkatheterlabor mit drei Eingriffsräumen, davon einem Hybrid-Katheterlabor, einer Kombination aus Herzkatheterlabor und Herz-OP</i>	
9	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung
10	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder
11	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse
12	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich
13	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens
14	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten
15	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung
16	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
17	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
18	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Roboterassistiertes Chirurgie-System
	<i>In den Fachabteilungen der Chirurgie, Urologie als auch Gynäkologie werden ausgewählte OPs mit Unterstützung des "Da-Vinci-System" durchgeführt.</i>	

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 Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung:

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

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3:

Umstand:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:

Nein

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

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

Nein

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

Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie

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



Chefarzt

Prof. Dr. med. Thomas Griga

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik I - Klinik für Gastroenterologie, Endoskopie und Diabetologie
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Ein starkes medizinisches Team möchte sich hier Ihrer annehmen. Für Sie sind hier tätig Gastroenterologen, Internisten, Diabetologen und Diabetes-Assistentinnen, Diätassistentinnen, Intensivmediziner, Krankenschwestern und -pfleger, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Arzthelferinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sekretärinnen. All diese Berufsgruppen sorgen interdisziplinär dafür, dass Sie sich als Patient, Angehöriger oder Besucher bei uns wohl fühlen und eine umfassende medizinische Versorgung auf neuestem wissenschaftlichen Stand erhalten.

Zu den Krankheitsfeldern, die wir behandeln, gehören Adipositas und Diabetes mellitus, Erkrankungen von Bauchspeicheldrüse, Darm, Leber/Galle und Niere.

Für Diagnostik und Behandlung setzen wir in vielen Fällen schonende endoskopische Verfahren ein. Mit fachlicher Kompetenz und persönlicher Zuwendung möchten wir Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten, Ihnen bei Diagnose und Behandlung kompetente medizinische Leistungen bieten und Sorge tragen für eine optimale Nachsorge und reibungslose Rückkehr in Ihren Alltag und Ihre gewohnte Umgebung.

Ihr

Prof. Dr. Thomas Griga mit dem Team der Medizinischen Klinik I

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Griga, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1301
Fax:	0231 922 1319
E-Mail:	thomas.griga@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 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

Zertifiziertes Darm Zentrum nach den Kriterien der DKG "Deutsche Krebsgesellschaft"



In Deutschland erkranken jedes Jahr ca. 73.000 Menschen an Darmkrebs. Damit ist Darmkrebs das häufigste Krebsleiden.

Aber - keine Angst - in über 80% aller Erkrankungen kann eine dauerhafte Heilung erreicht werden, selbst wenn das Krebsleiden erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wird. Wird die Erkrankung früh erkannt, ist sie in 100% der Fälle dauerhaft heilbar.

Um dies zu erreichen, müssen alle für die Behandlung erforderlichen Fachabteilungen eng zusammenarbeiten.

Dafür gibt es in unserem Darmzentrum hoch spezialisierte Fachärzte sowie qualifiziertes Pflegepersonal.

Außerdem haben wir eine modernste technische als auch räumliche Ausstattung. Grundlagen unserer individuellen Behandlungen sind die Empfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Koordiniert werden die Behandlungen jeweils über die entscheidenden Gremien (Tumorkonferenz, Darmsprechstunde).

Unser Darmzentrum wurde als Pilotklinik ausgewählt und ist seit dem Jahr 2006 zertifiziert. Das bedeutet, dass unser Darmzentrum jedes Jahr im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft von speziell ermächtigten Prüfärzten (Fachexperten) besucht und überprüft wird.

Hier konnten wir bereits zum 4. Mal in Folge nachweisen, dass in unserem Darmzentrum Dortmund Patienten mit Darmkrebs nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen optimal behandelt werden.

Einer dieser wenigen von der Deutschen Krebsgesellschaft ernannten Fachexperten ist übrigens in unserem Darmzentrum beschäftigt.

Abschließend nehmen wir mit unseren Patientinnen und Patienten gemeinsam die Herausforderung an und setzen uns mit der Bündelung der Betreuung im Darmzentrum Dortmund für eine gleichbleibend bestmögliche Behandlungsqualität ein.

Zertifiziertes Diabetes Zentrum für Typ 1 und Typ 2 Diabetes nach den Kriterien der DDG "Deutsche Diabetes Gesellschaft"



Diabetes ist die Volkskrankheit Nr. 1 in Deutschland. Über sechs Millionen Menschen sind betroffen. Es ist eine besondere Herausforderung für alle Menschen mit Diabetes mellitus, mit ihren chronischen Krankheiten zu leben und dabei ihren Lebensalltag nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Das Knappschafts Krankenhaus Dortmund unterstützt Betroffene dabei in enger Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten. Die Klinik für Innere Medizin I am Knappschafts Krankenhaus ist durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) als "Zertifiziertes Diabeteszentrum" für Typ 1 und Typ 2 Diabetes anerkannt.

Eine Diabeteserkrankung verursacht häufig zunächst keine Beschwerden, kann unbehandelt für die Betroffenen jedoch zu ersten Folgeerkrankungen führen. Ein erhöhter Blutzucker schädigt die kleinen und großen Gefäße. Es kann zu Schlaganfall oder Herzinfarkt, Nierenleiden, Amputationen oder Erblindungen kommen. Durch eine frühe Diagnostik und gute medizinische Betreuung lassen sich diese Folgeerkrankungen vermeiden. Richtig eingestellt und mit entsprechender Schulung können Patienten mit Diabetes gut und ohne große Einschränkungen leben. Hierbei, aber auch bei möglichen Folgeerkrankungen wie Wundbildungen, unterstützen die Experten unseres Diabeteszentrums Patienten.

Besonderheiten in der Lebensführung, im beruflichen Alltag und im gesellschaftlichen Leben sind wesentliche Inhalte in der Betreuung, Behandlung und Beratung dieser Patientengruppe. Informationen, Anleitungen, Anregungen und Hilfestellungen sollen helfen, mit Diabetes mellitus Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern. Das bedeutet höhere Lebenserwartung, Selbständigkeit, gesteigerte Verhaltenssicherheit und fundiertes Wissen im Umgang mit Diabetes mellitus. Die Therapie wird auf die individuellen Lebensgewohnheiten und Bedürfnisse abgestimmt.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Intensivmedizin

Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation

Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Spezialsprechstunde

interdisziplinäre Darmsprechstunde: Mittwoch 14.00 - 15.00 Uhr Tel.: 0231 922-1369

Diabetessprechstunde: Nach Terminvereinbarung Tel.: 0231 922-1980

Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

Endoskopie

Palliativmedizin

Transfusionsmedizin

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Native Sonographie

Eindimensionale Dopplersonographie

Endosonographie

Notfallmedizin

"Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen", Weltgesundheitsorganisation WHO.
Die Medizinische Klinik des Knappschaftskrankenhauses Dortmund befasst sich mit der Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Gesundheitsstörungen und Krankheiten:

- des Blutes und des Lymphsystems (Hämatologie),
- der Verdauungsorgane (Gastroenterologie und Hepatologie),
- des Magens,
- des Darms,
- der Leber/Galle,
- der Bauchspeicheldrüse,
- der Nieren (Nephrologie),
- des Stoffwechsels und der inneren Sekretion (Endokrinologie und Diabetologie),
- Diabetes mellitus,
- der Schilddrüse,
- Adipositas / Übergewicht,
- Infektionskrankheiten (Infektiologie)
- und nutzt endoskopische Verfahren für Diagnose und Therapie

Am Knappschafts Krankenhaus steht eine hochmoderne technische Ausstattung zur Verfügung unter anderem für sämtliche diagnostischen Verfahren.

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- [Palliativmedizin](#)
- [Leber / Galle](#)
- [Adipositas](#)
- [Niere](#)

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

Vollstationäre Fallzahl:	1867
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Gastritis und Duodenitis	115
2	E86	Volumenmangel	73
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	64
4	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	55
5	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	52
6	N17	Akutes Nierenversagen	51
7	D50	Eisenmangelanämie	49
8	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	49
9	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	48
10	K85	Akute Pankreatitis	47

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1402
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	780
3	1-653	Diagnostische Proktoskopie	762
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	677
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	646
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	351
7	3-056	Endosonographie des Pankreas	327
8	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	312
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	206
10	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	200

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

NOTFALLAMBULANZ

Notfallambulanz (24h)

PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

ambulante Behandlung im Rahmen des Fachgebietes

INNERE AMBULANZ

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	737
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	121
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	113

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	21,31	21,16	0,15	0,77	20,54	90,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	12,05	11,90	0,15	0,77	11,28	165,5

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 und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin <i>volle Weiterbildungsbefugnis</i>
2	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
3	Innere Medizin und Gastroenterologie <i>volle Weiterbildungsbefugnis</i>
4	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Diabetologie
3	Intensivmedizin
4	Labordiagnostik - fachgebunden -
5	Notfallmedizin
6	Palliativmedizin
7	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

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	35,12	35,12	0,00	0,00	35,12	53,2
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	5,62	5,62	0,00	0,00	5,62	332,2
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	6,52	6,52	0,00	0,00	6,52	286,4
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	1,14	1,14	0,00	0,00	1,14	1637,7

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes <i>Diabetesberaterinnen DDG</i>
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
9	Kinästhetik
10	Qualitätsmanagement
11	Palliative Care

B-[2] Medizinische Klinik II - Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin

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



Klinikdirektor
Dr. med. Clemens Kelbel

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik II - Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Als Klinikdirektor der Pneumologischen Klinik am Knappschafts Krankenhaus Dortmund und der Klinik am Park Lünen und als Leiter des Lungenzentrums Dortmund freue ich mich, dass Sie sich für unseren Qualitätsbericht interessieren. Im Folgenden finden Sie einige wichtige Informationen.

Unser Bestreben ist es, in einer menschlichen Atmosphäre alles zur Gesundung der uns anvertrauten Patienten zu tun. Dabei steht eine optimale Betreuung, die auf den neuesten Erkenntnissen der Medizin beruht im Mittelpunkt. Dabei ist uns eine harmonische und effektive Zusammenarbeit aller beteiligten medizinischen Disziplinen unter Einbeziehung des Patienten und seiner nächsten Angehörigen wichtig. Schwerpunkte unserer Klinik sind die Diagnostik und Therapie der chronischen Bronchitis (COPD), des Lungenemphysems, des Asthma bronchiale, der verschiedenen bösartigen Erkrankungen der Atmungsorgane und des Rippenfells, der pneumologischen Intensiv- und Beatmungsmedizin einschließlich des durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie zertifizierten Weaning-Zentrums, der Schlafmedizin (DGSM akkreditiertes Schlaflabor), der Pneumonien, Tuberkulose und der interstitiellen Lungenerkrankungen sowie die interventionelle Pneumologie mit Endoskopie und Thorakoskopie. Seit Sommer 2010 ist das Klinikum Westfalen, Knappschafts Krankenhaus Dortmund als Cancer Center von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert, das erste derartige Zentrum in Nordrhein-Westfalen. Das Lungenzentrum Dortmund ist eine Säule dieses Cancer Centers. Aufgabe dieses Zentrums ist es zusammen mit der Klinik für Thoraxchirurgie den an Lungentumoren erkrankten Patienten in einem Kompetenzteam die bestmögliche, individuell auf den Patienten abgestimmte Therapie zukommen zu lassen.

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

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

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0800) Pneumologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Kelbel, Stellv. Ärztlicher Direktor und Direktor der Pneumologischen Kliniken
Telefon:	0231 8787 401
Fax:	0231 8787 470
E-Mail:	clemens.kelbel@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Barchfeld, Ltd. Arzt
Telefon:	0231 922 1373
Fax:	0231 922 1375
E-Mail:	thomas.barchfeld@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 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

Zertifiziertes Weaning Zentrum nach Standards des ILF "Institut für Lungenforschung"



Die Weaning-Einheit des Knappschaftskrankenhauses Dortmund hat im Frühjahr 2010 nach erfolgreichem Audit die Zertifizierung als Weaningzentrum von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) erhalten.

2013, 2016 & 2019 erfolgten erfolgreiche Re-Zertifizierungen.

Die Intensivstation versorgt Patienten mit schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen. Dazu gehören neben dem allgemein intensivmedizinischen Spektrum besonders schwerwiegende akute oder chronische Atemversagen aus verschiedenen Gründen, aber auch die besondere Entwöhnung von Beatmungs-Unterstützungsapparaten nach Langzeitbeatmung ("weaning"). Das Team der Klinik für Pneumologie am Knappschafts Krankenhaus Dortmund hat sich auf die Therapie von Patienten spezialisiert, die nicht vom Beatmungsgerät entwöhnt werden können. Sie werden in der Weaningeinheit (to wean (engl.) entwöhnen - hier bedeutend Spezialtraining, um wieder selbst zu atmen) behandelt.

Studien haben zeigen können, dass abhängig von der Grunderkrankung des Patienten in spezialisierten Zentren etwa 50% der auswärts langzeitbeatmeten Patienten doch noch erfolgreich vom Respirator entwöhnt, also abtrainiert werden können. Bestehen während der Spontanatmung nach erfolgreichem Weaning weiterhin Zeichen der Überlastung und/oder reduzierten Kapazität der Atemmuskulatur, wird eine intermittierende Selbstbeatmung (auch "Heimbeatmung" genannt) begonnen und eine entsprechende Nachbetreuung der Patienten eingeleitet.

Wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg in unserer Weaningeinheit ist vor allem die langjährige Erfahrung des Teams, bestehend aus Ärzten, Atmungstherapeuten, Pflegekräften, Physiotherapeuten und Logopäden auf diesem Gebiet. So wird die Betreuung unserer Patienten bestmöglich und nach allen Maßstäben moderner Medizin gewährleistet.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

Intensivmedizin

Diagnostik und Therapie von Allergien

Spezialsprechstunde

Schlaf laborsprechstunde: Montag: 16.00 - 17.00 Uhr und nach Vereinbarung Tel.: 0231 922-1373

Lungenkrebsprechstunde: nach Vereinbarung Tel.: 0231 922-1373

Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

Endoskopie

Palliativmedizin

Weaning-Einheit

Luft ist Leben. Dies ist die Aufgabe der Pneumologie. In der Klinik für Pneumologie widmen sich Chefarzt Dr. Clemens Kelbel und sein Team der Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Atmungsorgane einschließlich der Atemwege, der Lunge, der Brustwand, des Zwerchfells, des Mediastiums (Raum der im Brustkorb zwischen Brustwirbelsäule, Brustbein und Zwerchfell liegt) und der Lungengefäße sowie des Atemantriebs und der Atemregulation. Schwerpunkte von Dr. Kelbel sind neben der Pneumologie die Allergologie, die Intensivmedizin, die medikamentöse Tumorthherapie und die Schlafmedizin.

Zahlreiche Lungenerkrankungen verursachen bei Menschen Luftnot, Husten und Auswurf. Um Funktion und Arbeitsweise der Atmungsorgane beurteilen zu können, steht den Lungenfachärzten ein Lungenfunktionslabor zur Verfügung. Um Schweregradeinteilungen vornehmen zu können, werden unterschiedliche Blutgaswerte, je nach der untersuchten Lungenfunktion, analysiert.

Im Endoskopiellabor steht die digitale Bronchoskopie im Mittelpunkt. Die Spiegelung der zentralen Atemwege mit modernen Methoden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen von Atemwegstumoren und verschiedenen Erkrankungen des Lungengewebes. Dabei können mit kleinen Zangen Gewebeproben der Lunge entnommen werden oder mit einer endoskopischen Ultraschalluntersuchung (EBUS-TBNA) gezielt z.B. Lymphknoten punktiert werden. Neben der Diagnostik stehen therapeutische Verfahren, wie beispielsweise die endobronchiale Lasertherapie, Kryotherapie, Stent-, Ventil und Coil-Implantationen sowie Kleinraumbestrahlungen, in Zusammenarbeit mit der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, zur Verfügung. Luft ist Leben - dies gilt auch für einen erholsamen Schlaf. In dem bei der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin akkreditierten Schlaflabor im Knappschafts Krankenhaus erfolgt die Diagnostik und Therapie bei verschiedenen Formen der Schlafstörungen.

Eine wichtige Aufgabe der modernen Pneumologie ist die Diagnostik, Therapie und Betreuung erkrankter Menschen mit einem Lungentumor und Tumoren des Rippenfells. Neben den beschriebenen endoskopischen Verfahren erfolgt, sofern eine Operationsmöglichkeit besteht, eine Zusammenarbeit mit der hauseigenen Thoraxchirurgie unter der Leitung von Chefarzt Herrn Dr. Thiel. Diese Kooperation ist im Cancer Center des Klinikum Westfalen, Knappschafts Krankenhaus Dortmund, als Lungenzentrum über die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Da die Tumorausbreitung aber sehr häufig ein chirurgisches Vorgehen nicht zulässt, erfolgt nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen eine individuell ausgewählte Chemotherapie. Für die ambulant durchführbaren Chemotherapien besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Gemeinschaftspraxis für Hämatologie & Onkologie.

Wenn die Luft zum Leben mit Medikamenten nicht erzielbar ist, stellt dem pneumologischen Team die Intensivmedizin verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Bei der nicht-invasiven Beatmung ist keine Intubation erforderlich. Die Patientin und der Patient erhalten die Luft über eine spezielle Maske. Diese Form der Beatmung kann bei einem akuten und chronischen Atemversagen bis hin zur Heimbeatmung eingesetzt werden. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Intubation erhalten mussten, ist die nicht-invasive Beatmung ein gutes Mittel im Rahmen des Weanings (Entwöhnung vom Beatmungsgerät).

Der Intensivstation ist das Weaningzentrum eingegliedert, das von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) als Weaningzentrum zertifiziert ist. Das Team des Weaningzentrums ist darauf spezialisiert, dass mit besonderen Therapiemöglichkeiten Patienten wieder vom Beatmungsgerät abtrainiert werden, die sonst weiter beatmungspflichtig bleiben würden.

Behandlungsmöglichkeiten der Klinik für Pneumologie am Knappschafts Krankenhaus:

- Lungenfunktionsdiagnostik
- Bodyplethymographie ("große Lungenfunktionsmessung")
- Compliance-Messung (Lungen-Dehnbarkeitsmessung)
- CO-Diffusionsmessung
- Atemmuskelformmessung
- Ruhe-Blutgasanalyse
- Belastungs-Blutgasanalyse (6-Minuten-Gehtest)
- Methacholin-Provokationsmessung
- Spiroergometrie (Leistungsfähigkeitsmessung)

Allergologie

- Diagnostik und Therapie von Allergien einschließlich Pricktest (Hauttest) und Hypo-(De-)sensibilisierung

Endoskopie

- Flexible Bronchoskopie (Spiegelung der Bronchien)
- Starre Bronchoskopie
- Bronchoskopisch kontrollierte Dilatationstracheotomie
- Bronchoalveoläre Lavage (BAL)
- Transbronchiale Biopsie (unter Durchleuchtung)
- Transbronchiale Feinnadelbiopsie (TBNA)
- Stent-, Ventil und Coil-Implantationen
- Endobronchiale Sonographie mit transbronchialer Nadelaspiration (EBUS-TBNA)
- Argon-Beamer-Behandlung
- Kryotherapie
- Endoluminale Kleinraumbestrahlung (Afterloading)
- Thorakoskopie (Spiegelung der Pleurahöhle)

Schlafmedizin

- Polysomnographie (Diagnose von Schlafstörungen mit Schlafstadienanalyse)
- Schlaflatenzmessungen
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Einstellung und Kontrolle der nasalen Beatmung
- Maskenschulung

Beatmungsmedizin

- Intensivmedizin
- Weaningmedizin (Beatmungsgeräte-Entwöhnung bei Langzeitbeatmeten) als zertifiziertes Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP)
- Invasive Beatmung
- Nichtinvasive Beatmung
- Heimbeatmung

Lungenzentrum Dortmund als zertifizierte Einheit im Cancer Center

- Interdisziplinäre Tumorkonferenz
- Behandlung maligner Lungenerkrankungen (Chemotherapie)
- Thoraxsonographie (Ultraschall) mit Punktionen und Einlage von Drainagen einschließlich Pleurodese
- Endoskopische Maßnahmen zur Rekanalisierung und Therapie von endoluminal wachsenden Tumoren

Die Schwerpunkte der Klinik für Pneumologie am Knappschafts Krankenhaus Dortmund sind Diagnostik und Therapie des Bronchialkarzinoms einschließlich der Rippenfelltumore (z.B.

Pleuramesotheliom), mit allen Möglichkeiten der interventionellen Pneumologie (z.B. Bronchoskopie, Thorakoskopie), sowie Diagnostik und Therapie von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), Pneumonien (Lungenentzündungen), interstitiellen Lungenerkrankungen, berufsbezogenen Lungenerkrankungen, allergologische Erkrankungen, pulmonaler Hypertonie, alpha1- Antitrypsin-Mangel und Tuberkulose. Das Spektrum umfasst die Intensivmedizin, Beatmungsmedizin, Respiratorentwöhnung (Weaningzentrum), Heimbeatmung und die Schlafmedizin (DGSM akkreditiertes Schlaflabor).

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- [Allergologie](#)
- [Alpha-1-Center Dortmund](#)
- [BAL-Labor](#)
- [Heimbeatmung](#)
- [Intensivmedizin](#)
- [Lungenfunktion](#)
- [Pneumologische Onkologie](#)
- [Schlaflabor](#)

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

Vollstationäre Fallzahl:	1977
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G47	Schlafstörungen	480
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	304
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	280
4	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	183
5	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	78
6	A41	Sonstige Sepsis	66
7	I26	Lungenembolie	64
8	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	47
9	D38	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	31

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1743
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	741
3	1-790	Polysomnographie	686
4	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	655
5	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	466
6	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	440
7	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	281
8	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	239
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	225
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	148

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

PRIVATSPRECHSTUNDE

Privatambulanz

Anmeldung über das Klinik-Sekretariat Frau Peter Tel: 0231 922-1373

+ zusätzlich wird die Knappschaftsambulanz angeboten

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

entfällt

B-[2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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	17,19	17,19	0,00	0,11	17,08	115,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,43	9,43	0,00	0,11	9,32	212,1

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

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	21,10	21,10	0,00	0,00	21,10	93,7
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	3,22	3,22	0,00	0,00	3,22	614,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	2,15	2,15	0,00	0,00	2,15	919,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

Weiteres Pflegepersonal:

+ Atmungstherapeuten (8 Mitarbeiter)

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Pflege im Operationsdienst
4	Intensiv- und Anästhesiepflege
5	Hygienefachkraft
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung
8	Casemanagement

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Sturzmanagement
9	Kinästhetik
10	Qualitätsmanagement
11	Palliative Care
12	Atmungstherapie

B-[3] Medizinische Klinik III - Klinik für Kardiologie - HERZ ZENTRUM WESTFALEN

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



Chefarzt
Prof. Dr. med. Thomas Buck

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik III - Klinik für Kardiologie - HERZ ZENTRUM WESTFALEN
Straße:	Am Knappschaftskrankehaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

In der Klinik für Kardiologie werden alle Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems behandelt. Die auf höchstem Niveau ausgestattete Klinik bietet das maximale kardiologische Leistungsangebot aller modernen Therapieverfahren zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit, akuter Herzinfarkte, Herzklappenerkrankungen, allen Formen von Herzrhythmusstörungen, allen Ursachen von Herzschwäche sowie die Behandlung der Arteriellen Hypertonie.

Für Ihre schonende Behandlung stehen unserer Klinik die modernsten medizinisch-technischen Verfahren zur Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Die invasive Diagnostik und interventionelle Therapie von Herzerkrankungen erfolgt in einem hochmodernen Herzkatheterlabor mit drei Eingriffsräumen, davon einem Hybrid-Katheterlabor, einer Kombination aus Herzkatheterlabor und Herz-OP, sowie einem eigenen Katheterlabor für den Schwerpunkt Elektrophysiologie/Rhythmologie. Durch die Nutzung der neuesten Geräte-Generation der Röntgenanlagen können die Eingriffe dabei mit einer stark reduzierten Strahlenbelastung für die Patienten erfolgen.

Die schonende Diagnostik erfolgt mittels modernster Ultraschall-Verfahren einschließlich der drei-dimensionalen Echokardiographie.

Ein spezieller Versorgungsschwerpunkt unsere Klinik ist die Behandlung von Patienten mit Herzschwäche (Herzinsuffizienz) entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz. Hierzu existiert in unserer Klinik das gesamte Spektrum modernster diagnostischer Verfahren zu Erkennung einer Herzschwäche sowie alle modernen therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung aller Formen von Herzschwäche bis hin zu mechanischen Herzkreislaufunterstützungsverfahren.

Im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Herzschwäche ist ein besonderer Versorgungsschwerpunkt der Klinik die katheter-technische Behandlung von Mitralklappeninsuffizienzen und Aortenklappenstenosen (siehe

TAVI unter HERZ ZENTRUM WESTFALEN, S. 67).

Seit Juni 2016 hat die Klinik für Kardiologie erfolgreich das Programm zur Behandlung von Herzklappenfehlern im Herzkatheterlabor etabliert. Patienten mit schwerer Mitralklappeninsuffizienz werden durch die Implantation des sogenannten MitraClip-Verfahrens erfolgreich behandelt. Vorausgegangen war ein strenges Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), in welchem bestätigt wurde, dass alle Voraussetzungen für die Behandlung von Herzklappenfehlern im Herzkatheterlabor erfüllt sind.

Ein weiterer Versorgungsschwerpunkt der Klinik ist der Bereich ‚Interventionelle Elektrophysiologie/Rhythmologie‘ zur Diagnostik und Therapie aller Formen atrialer und ventrikulärer Herzrhythmusstörungen. Der Bereich verfügt hierzu über ein eigenes hochmodernes Katheterlabor mit allen modernen Möglichkeiten des 3D-Mappings, der Radiofrequenzablation und der Kryoablation. Hiermit erfolgen die Ablation (Verödung) aller Formen von Vorhofflimmern/Vorhofflattern sowie aller Formen von supraventrikulären und ventrikulären Tachykardien.

Spezielle therapeutische Schwerpunkte unserer Klinik sind:

- die interventionelle Therapie der Koronare Herzerkrankung,
- die interventionelle Therapie struktureller Herzerkrankungen einschließlich Herzklappeneingriffen,
- die interventionelle Elektrophysiologie, und
- die Implantation von Schrittmacheraggregaten.

In unserem Herzkatheter-Labor werden alle aktuell möglichen Eingriffe in der modernen interventionellen Kardiologie und interventionellen Elektrophysiologie durchgeführt:

Interventionen an Herzkranzgefäßen und anderen Gefäßen:

- diagnostische Rechts- und Linksherzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen
- Ballon-Aufdehnung und Implantation von Stents in Koronargefäßen (unbeschichtete Stents, medikamentenbeschichtete Stents, bioresorbierbare Stents, gecoverte Stents, medikamenten-beschichtete Ballons)
- Notfallinterventionen bei akutem Herzinfarkt (24-Stunden-Rufbereitschaft)
- Koronarinterventionen während Reanimation unter mechanischer Herzkompression (LUKAS®)
- Einsatz einer Mikro-Pumpe (Impella®) im Herzen zur Unterstützung bei schwacher Herzleistung
- Einsatz einer extra-korporalen Kreislaufunterstützung (ECMO) bei schwerem Herzversagen
- Rekanalisation (Wiedereröffnung) von chronisch verschlossenen Koronargefäßen (CTO)
- Rotablation (Diamantbohrkopf) massiv verkalkter Koronargefäße
- Zugang transfemorale (Leiste) und transradial (Handgelenk)
- Einsatz femoraler Verschlussysteme (AngioSeal®, Perclose Proglide®)
- Intravaskulärer Ultraschall (IVUS)
- Intravaskuläre Flussmessung (FFR, iFR)
- Renale Denervierung bei therapie-resistenter Arterieller Hypertonie
- Implantation von Nierenarterienstents

Interventionelle Therapie struktureller Herzerkrankungen:

- MitraClip®-Implantation bei schwerer Mitralklappeninsuffizienz
- Clip-Therapie bei schwerer Trikuspidalklappeninsuffizienz
- TAVI-Therapie bei Aortenklappenstenose (Eingriffe erfolgen in dem Herzkatheterlabor des Universitätsklinikum Bochum-Bergmannsheil)
- Ballonvalvuloplastie bei Aorten- und Mitralklappenstenosen
- Implantation von Verschlussystemen (Okkluder) bei ASD und PFO
- Implantation von Verschlussystemen (Okkluder) in das LAA (Vorhofohr) bei Vorhofflimmern
- Septumablation (TASH) bei hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (HOCM)

Interventionelle Elektrophysiologie:

- Ablation aller Formen von supraventrikulären Tachykardien
- Ablation aller Formen von Vorhofflimmern/Vorhofflattern (Kryo- und Radiofrequenztechnik)
- Ablation von ventrikulären Tachykardien/VES
- Invasive Abklärung von Synkopen

Darüberhinaus werden in unserem Herzkatheter-Labor alle Schrittmacher-Systeme implantiert wie:

- Ein-, Zwei- und Drei-Kammer-Schrittmacher
- Kabellose Miniaturschrittmacher (Kapselschrittmacher)
- Ein- und Zwei-Kammer ICD-Systeme (interne Defibrillatoren)
- CRT-D und CRT-P-Systeme
- Event-Rekorder

HERZ ZENTRUM WESTFALEN

Um das vollständige Spektrum an Herzklappenbehandlungen anzubieten wurde mit der Klinik für Kardiologie des Klinikums Westfalen und der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Bochum-Bergmannsheil mit Kooperationsvertrag vom 11.04.2016 das HERZ ZENTRUM WESTFALEN gegründet (siehe auch B-[3].3).

Seit Oktober 2016 ist die Klinik für Kardiologie durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie als Chest Pain Unit (Brustschmerz-Einheit) zertifiziert womit ihr höchste Qualität bei der Versorgung von Notfallpatienten mit Verdacht auf Herzinfarkt bescheinigt wird (siehe auch B-[3].3). Darüber hinaus ist die Klinik seit Januar 2020 als Zentrum für Mitralklappenerkrankungen (MitraClip-Zentrum) und seit März 2020 als Herzinsuffizienz-Schwerpunktambulanz zertifiziert (siehe auch B-[3].3).

In die Klinik für Kardiologie ebenfalls integriert ist das Cardiac Arrest Center Westfalen (CACW) zur maximalen Akutbehandlung schwerstkranker Patienten mit Herzstillstand (siehe auch B-[3].3).

Die Klinik verfügt aktuell über 81 Betten (davon 4-8 Betten auf der Intensivstation und 4-8 Betten auf der Komfortstation).

Zur Sicherheit unserer Patienten sind 32 Betten in unserer kardiologischen Station mit modernen, mobilen Telemetrie-Monitoren zur ständigen Überwachung der Herzaktionen (Herzalarm) ausgestattet.

Geprägt wird die Klinik für Kardiologie neben dem medizinischen Fachwissen und der modernsten Ausstattung durch unser eingespieltes, freundliches Team, das den Patienten stets in den Mittelpunkt stellt.

Wir freuen uns, wenn Ihnen die Informationen zur unserer Klinik in dem vorliegenden Qualitätsbericht weiterhelfen und stehen Ihnen für Fragen jederzeit zur Verfügung. Weiterführende Informationen zu den Angeboten unserer Klinik finden Sie auf unserer Internetseite.

Ihr
Prof. Dr. Thomas Buck mit dem Team der Klinik für Kardiologie

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Thomas Buck, Chefarzt
Telefon:	0231 922 2021
Fax:	0231 922 2029
E-Mail:	thomas.buck@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschaftskrankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/kardiologie

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



Mit Kooperationsvertrag vom 11.04.2016 wurde das HERZ ZENTRUM WESTFALEN als räumlich und organisatorisch gemeinsame Einrichtung bestehend aus der Klinik für Kardiologie des Klinikums Westfalen und der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Bochum-Bergmannsheil gegründet.

Im Herzzentrum Westfalen haben sich somit zwei starke Partner zur Optimierung der Versorgung von Patienten in der Region zusammengeschlossen. Das Knappschaftskrankenhaus Dortmund bietet an der Klinik für Kardiologie eine Herzkatheterausstattung mit hochmodernem Hybrid-Herzkatheterlabor und besondere personelle Kompetenz, das Universitätsklinikum Bochum-Bergmannsheil zusätzlich eine universitäre Herzchirurgie mit erfahrenen Operateuren. Gemeinsames Ziel ist insbesondere die umfassende Versorgung von Patienten mit Herzklappenerkrankungen.

Nach sorgfältiger gemeinsamer Vorbereitung und Entscheidung für das beste Behandlungsverfahren im Herzteam erfolgt die katheter-technische Behandlung der Mitralklappe im Hybrid-Katheterlabor der Kardiologie am Standort Dortmund, während die chirurgische Behandlung von Herzklappen in der Herz-Thorax-Chirurgie am Standort Bochum erfolgt. Die katheter-technische Behandlung der Aortenklappe (TAVI) erfolgt in Kooperation mit der Kardiologie am Standort Bochum.

Durch die Zusammenarbeit des Knappschaftskrankenhauses Dortmund mit dem Universitätsklinikum Bochum-Bergmannsheil, die enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und die Einbindung in knappschaftliche Netzwerke bis hin zu speziellen Reha-Möglichkeiten ergeben sich ideale Synergien in einem Integrierten Versorgungssystem.



Cardiac Arrest Center Westfalen

In dem "Cardiac Arrest Center Westfalen" im Klinikum Westfalen, Knappschaftskrankenhaus Dortmund, werden Patienten mit plötzlichem Herzstillstand, die unter Reanimationsmaßnahmen die Klinik erreichen, durch ein spezialisiertes Team von Ärzten und Pflegekräften und spezielle Therapieverfahren versorgt. Neben besonderer Erfahrung in der Wiederbelebung verfügt das Team über spezielle technische Möglichkeiten, die Herz- und Lungenfunktion vorübergehend von Maschinen zur mechanischen Kreislaufunterstützung übernehmen zu lassen, um dann im Herzkatheterlabor einen möglicherweise ursächlichen Infarkt behandeln zu können. Neben der Möglichkeit des kompletten maschinellen Herz-Lung-Ersatzes besteht hier auch die Option einer

reinen Unterstützung des linken Herzens und auch die Option der alleinigen Unterstützung des rechten Herzens. Hat der Patient das akute Ereignis überlebt, arbeitet im "Cardiac Arrest Center Westfalen" ein großes Team von Ärzten, Pfleger und Physiotherapeuten daran, einen drohenden Hirnschaden und die möglichen Komplikationen zu verhindern.

**Zertifizierte Chest Pain Unit nach DGK
"Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung"**



Seit dem 13.10.2016 ist die Klinik für Kardiologie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) erfolgreich als Chest Pain Unit (CPU) zertifiziert und wurde am 10.09.2019 erfolgreich rezertifiziert. Damit wird der Klinik höchste Qualität bei der Versorgung von Notfallpatienten mit Verdacht auf Herzinfarkt bescheinigt. In diesen Fällen ist es lebensrettend, durch standardisierte diagnostische Abläufe schnellstmöglich zu klären, ob ein akuter Herzinfarkt Ursache für die Brustschmerzen ist. Bei einem akuten Herzinfarkt wird dann umgehend und zu jeder Tages- und Nachtzeit eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt und verengte oder verschlossene Herzkranzgefäße wiedereröffnet um die Blutversorgung des Herzmuskels wieder herzustellen. Entsprechende Chest Pain Unit-Logos finden sich an den Eingängen zu der Notaufnahme und zu der CPU-Station sowie am Haupteingang.

**Zertifiziertes Mitralklappen-Zentrum nach DGK
"Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung"**



**Zertifizierte Heart Failure Unit Schwerpunktlinik
"Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung"**



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Schrittmachereingriffe

Defibrillatoreingriffe

Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Intensivmedizin

Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation

Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

Elektrophysiologie

Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen

Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen

Konventionelle Röntgenaufnahmen

Interventionelle Radiologie

Computertomographie (CT), nativ

Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

Computertomographie (CT), Spezialverfahren

Magnetresonanztomographie (MRT), nativ

Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)

Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

Native Sonographie

Eindimensionale Dopplersonographie

Duplexsonographie

Endosonographie

Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung

Intraoperative Anwendung der Verfahren

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

Vollstationäre Fallzahl: 2580

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzinsuffizienz	484
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	344
3	I20	Angina pectoris	298
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	275
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	200
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	171
7	R55	Synkope und Kollaps	96
8	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	63
9	R07	Hals- und Brustschmerzen	63
10	I47	Paroxysmale Tachykardie	51

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	3642
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	1364
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1350
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1347
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1236
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	849
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	598
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	593
9	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	416
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	335

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

Mittwoch und Donnerstag, nach telefonischer Vereinbarung bei Margit Freier & Melanie Smolski Tel.: 0231 922-2021 Fax: 0231 922-2029

KNAPPSCHAFTSAMBULANZ

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

ambulante kardiologische Behandlung von Knappschaftspatienten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	21,35	21,18	0,17	0,68	20,67	124,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	13,37	13,20	0,17	0,68	12,69	203,3

Abkürzungen:

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Kardiologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Intensivmedizin

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	33,01	33,01	0,00	0,00	33,01	78,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,91	2,91	0,00	0,00	2,91	886,6
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	2,72	2,72	0,00	0,00	2,72	948,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,15	1,15	0,00	0,00	1,15	2243,5
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	6,18	6,18	0,00	0,00	6,18	417,5

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Ernährungsmanagement
3	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
4	Wundmanagement
5	Dekubitusmanagement
6	Sturzmanagement
7	Entlassungsmanagement
8	Kinästhetik
9	Qualitätsmanagement
10	Palliative Care

B-[4] Medizinische Klinik IV - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

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



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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik IV - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Herzlich willkommen auf den Seiten der Medizinischen Klinik IV mit den Schwerpunkten Onkologie und Palliativmedizin am Standort Knappschafts Krankenhaus Dortmund.

Die Klinik widmet sich als Fachabteilung schwerpunktmäßig der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen des Blutes, Krebserkrankungen und Gerinnungsstörungen.

Für die Behandlung steht ein kompetentes Team aus Ärzten, Krankenschwestern und Pflegeern sowie fachonkologische Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Psychoonkologen, wie auch Seelsorger zur Verfügung.

In multiprofessionellen und transsektoralen Entscheidungsprozessen werden die Belange der Patienten in Einzelfallbesprechungen und wöchentlichen Teamsitzungen diskutiert und im Rahmen von qualitätssichernden Tumorkonferenzen besprochen. Als Teil des Cancer-Centers am Klinikum Westfalen versteht sich die Med. Klinik IV als standort- und fachübergreifende Institution, die neben der Behandlung von Patienten mit den genannten Erkrankungen auch konsiliarisch für alle anderen Standorte des Klinikum Westfalen zuständig ist. Neben einer fachärztlichen Versorgung auf höchstem medizinischem Qualitätsniveau, die sich auch in erfolgreichen Zertifizierungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft abbilden lässt, spielen auch die ethischen Belange und Fragestellungen der Patienten eine herausragende Rolle. Die Klinik begreift sich als integrativer, therapeutischer Schwerpunktversorger, um allen Belangen der ihr obliegenden Patienten gerecht zu werden.

Ihr Dr. Peter R. Ritter mit dem Team der Medizinischen Klinik IV

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter Rudolf Ritter M.A., Chefarzt
Telefon:	02307 922 2101
Fax:	02307 922 2111
E-Mail:	peter.ritter@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

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

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

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

Erläuterungen:

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen

Palliativmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	891
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	187
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	87
3	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	84
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	52
5	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	48
6	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	38
7	C83	Nicht follikuläres Lymphom	35
8	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	35
9	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	27
10	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	24

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	354
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	337
3	8-547	Andere Immuntherapie	248
4	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	153
5	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	124
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	104
7	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	86
8	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	79
9	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	33
10	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	33

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Onkologische Ambulanz

Informationen zur ambulanten Behandlung erteilt die Leiterin unsere Onkologischen Ambulanz:

Anna Iluschenkov

Telefon: 0231-922 2066

ONKOLOGISCHE AMBULANZ

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Informationen zur ambulanten Behandlung erhalten Sie von unserer Leiterin der Onkologischen Ambulanz unter 0231 922-2066.

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

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

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	5,66	5,66	0,00	0,00	5,66	157,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,96	3,96	0,00	0,00	3,96	225,0

Abkürzungen:

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

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Medikamentöse Tumortherapie
2	Palliativmedizin

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,26	18,26	0,00	0,00	18,26	48,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

B-[5] Medizinische Klinik V - Klinik für Angiologie

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



Chefärztin
Dr. med. Kathrin Niemöller

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik V - Klinik für Angiologie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Dortmund/Medizinische_Klinik_V_Klinik_fuer_Angiologie/ index.php

Was versteht man unter Angiologie?

Die Angiologie ist eine Spezialisierung der internistischen Medizin, die sich mit den Blut- und Lymphgefäßen des Körpers beschäftigt. Fügt man alle Blutgefäße des Körpers zusammen, erreichen diese eine Länge von über 100.000 Kilometern. Funktionsstörungen von diesen Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen, die zur Schädigung an Organen und Gewebe führen können, werden in der Angiologie umfassend diagnostiziert und behandelt.

Was sind die häufigsten Erkrankungen?

Die häufigsten angiologischen Erkrankungen sind:

- Arterielle Verschlusskrankheit (Arteriosklerose/PAVK/Schaufensterkrankheit)
- Gefäßerweiterungen (Aneurysma)
- Venenthrombosen
- Krampfadern
- Durchblutungsbedingte Wunden

Etwa jeder 5. Bundesbürger über 65 Jahren leidet an einer Arteriosklerose, die zu schwerwiegenden Durchblutungsstörungen in allen Bereichen unseres Körpers führen kann. Fünf Prozent der Menschen erleiden Thrombosen im Laufe ihres Lebens, leichtere Venenerkrankungen wie Krampfadern bekommen wir mit einer nahezu 50-prozentigen

Wahrscheinlichkeit.

Was leistet die Klinik für Angiologie im Knappschaftskrankenhaus Dortmund?

Die Klinik für Angiologie bietet eine umfassende Diagnostik und Behandlung bei allen Gefäßproblemen. Bei unklaren Arm- oder Beinschwellungen, krankhaft erweiterten Schlagadern oder bei durchblutungsbedingten Schmerzen und Hautveränderungen und Wunden sind Sie bei uns an der richtigen Stelle. Bei der Behandlung legen wir sehr großen Wert auf die fachübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit, um für sämtliche Krankheitsbilder die optimale Behandlung zu erreichen. Insbesondere bei kritischen, durchblutungsbedingten Schäden und dem Diabetischem Fußsyndrom kann hiermit Patienten bestenfalls eine Amputation erspart werden.

Zusammen mit unserer Klinik für Gefäßchirurgie und der Klinik für Radiologie im Hause, der Klinik für Angiologie, Diabetologie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin und Intensivmedizin in Kamen sowie der Klinik für Diabetologie und Angiologie in Lünen bilden wir das Gefäßzentrum Westfalen. Wir treffen die Entscheidung über die beste Behandlungsform gemeinsam (z.B. ob eine Gefäßerweiterung mittels Kathetertechnik durch die Angiologie oder per Bypassversorgung in der Gefäßchirurgie vorgenommen wird).

Gefäßmedizin bedeutet interdisziplinäre Zusammenarbeit

Dafür arbeiten wir sehr eng mit folgenden Zentren und Kliniken zusammen:

- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Radiologie Dortmund
- Herzzentrum Westfalen
- Diabeteszentrum, Dortmund
- Diabeteszentrum, Lünen
- Klinik für Neurologie, Dortmund
- Klinik für Innere Medizin, Lünen
- Klinik für Innere Medizin, Kamen

In der Wundversorgung kooperieren wir mit folgenden Kliniken

- Klinik für Plastische Chirurgie Dortmund
- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Dortmund
- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Lünen

Ein Team aus Ärzten und zertifizierten Wundmanagern versorgt offene und infizierte Wunden mit modernsten Techniken und organisiert eine ambulante Weiterbehandlung für den Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Bei Fragen sprechen Sie mich gerne an!

Ihre Dr. med. Kathrin Niemöller
Chefärztin der Klinik für Angiologie

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Kathrin Niemoeller, Chefärztin
Telefon:	0231 922 2616
Fax:	0231 922 2609
E-Mail:	kathrin.niemoeller@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Dortmund/Medizinische_Klinik_V_Klinik_fuer_Angiologie/index.php

Name/Funktion:	Dr. med. Marcus Rottmann, Klinikdirektor
Telefon:	02307 149 251
Fax:	02307 149 200
E-Mail:	marcus.rottman@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Nordstraße 34
PLZ/Ort:	59174 Kamen
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Dortmund/Medizinische_Klinik_V_Klinik_fuer_Angiologie/index.php

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

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

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

Erläuterungen:

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	337
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	122
2	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	34
3	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	20
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	15
5	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	10
6	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	10
7	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	10
8	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	9
9	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	9
10	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	7

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	193
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	18
3	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	16
4	I83	Varizen der unteren Extremitäten	14
5	I26	Lungenembolie	12
6	I87	Sonstige Venenkrankheiten	11
7	L03	Phlegmone	8
8	A46	Erysipel [Wundrose]	7
9	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	6
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	5

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	267
2	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	208
3	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	204
4	3-608	Superselektive Arteriographie	148
5	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	140
6	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	140
7	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	100
8	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	54
9	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	46
10	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	45

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	3,44	3,31	0,13	0,00	3,44	98,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,85	1,72	0,13	0,00	1,85	182,2

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-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,26	12,26	0,00	0,00	12,26	27,5

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Ernährungsmanagement
3	Schmerzmanagement
4	Dekubitusmanagement
5	Sturzmanagement
6	Deeskalationstraining

B-[6] Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Sportmedizin

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



Ärztlicher Direktor & Chefarzt
Prof. Dr. Karl-Heinz Bauer

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Sportmedizin
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Chirurgischen Klinik des Knappschafts Krankenhauses Dortmund!

Informieren Sie sich auf den nächsten Seiten über die organisatorische Struktur unserer Klinik sowie über unser Behandlungsspektrum in den vier Abteilungen. Unsere Klinik bietet, weit über die Standardeingriffe hinaus, eine Vielzahl viszeralchirurgischer bzw. bauchchirurgischer Operationen, größtenteils in Schlüssellochtechnik, an. Neben der Entfernung der Gallenblase, des Wurmfortsatzes (Appendix) und dem Lösen von Verwachsungen, steht vor allem die Dick- und Mastdarmchirurgie im Zentrum. Insbesondere die Behandlung bei bösartigen Darmerkrankungen ist in unserem Hause durch das integrierte Darmzentrum hochspezialisiert und erfolgt interdisziplinär nach streng leitlinienorientierten Konzepten und OP-Verfahren. Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, die modernen Behandlungsmethoden in der Bauch- und Brustkorbchirurgie näher kennenzulernen. Routiniert führt unsere Viszeralchirurgie auch die operative Behandlung seltener Erkrankungen des Magens, der Bauchspeicheldrüse, der Speiseröhre und des Dünndarms durch.

Ihr Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer mit dem Team der Chirurgischen Klinik

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, Ärztlicher Direktor & Direktor der Chirurgischen Kliniken (bis 31.05.2021)
Telefon:	0231 922 1101
Fax:	0231 922 1109
E-Mail:	karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. André Schilling, Chefarzt (ab 01.06.2021)
Telefon:	0231 922 1101
Fax:	0231 922 1109
E-Mail:	andre.Schilling@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

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

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

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

Cancer Center, das Krebszentrum im Klinikum Westfalen



"Sicherheit durch Qualität"

Mit der Diagnose Krebs (Cancer) werden in Deutschland jedes Jahr etwa 500.000 Menschen neu konfrontiert. Deshalb sind in den vergangenen Jahren viele neue Verfahren zur Behandlung von Tumorerkrankungen entwickelt worden. Für das Cancer Center - das Krebszentrum im Klinikum Westfalen - stellen aktuelle und anerkannte Forschungsergebnisse die Grundlage von Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und ambulante Nachsorge bei Tumorerkrankten dar. Modernste Medizintechnik und höchste Kompetenz dienen den Patientinnen und Patienten. Ein fachübergreifendes Team von Ärzten und Therapeuten aller beteiligten Fachkliniken erarbeitet den bestmöglichen Behandlungsvorschlag. Dieses Behandlungskonzept wird dann der Patientin oder dem Patient vorgestellt und in Absprache mit ihnen umgesetzt. Dies hat sich bewährt.

Das Krebszentrum des Klinikum Westfalen wurde 2010 als erstes onkologisches Zentrum in NRW überhaupt zertifiziert. Seitdem stellen wir uns fortgesetzt der Qualitätskontrolle durch externe Experten nach den strengen Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (Zertifikat).

Das Cancer Center gliedert sich in Fachzentren und Abteilungen für die jeweiligen Krebserkrankungen:

- Brust Zentrum
- Darm Zentrum
- Lungen Zentrum
- Prostata Zentrum
- Fachbereich gastrointestinale Tumore (Tumore in Magen, Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse)
- Fachbereich gynäkologische Tumore

Die Experten der Zentren und Fachbereiche arbeiten fachübergreifend unter dem Dach des Cancer Centers (Krebszentrums) zusammen. Im akademischen Lehrkrankenhaus sind Fort- und Weiterbildung für all jene, die in der Behandlung tätig sind, selbstverständlich. Das Ergebnis ständiger Weiterbildung und fachübergreifender Zusammenarbeit ist die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung zum Wohle der Patienten.

Das Gesamtsystem dieses krebsmedizinischen Verbundes sichert die stationäre und ambulante Betreuung von der Diagnose bis zur Nachsorge. Die eigene Studienzentrale ermöglicht die Beteiligung des Krebszentrums an klinischen Studien. Teil des Behandlungskonzeptes ist das Angebot psychoonkologischer Beratung, die Unterstützung durch Ernährungsberatung und Sozialdienst. Das Krebszentrum bietet modernste schmerzmedizinische Konzepte und die Möglichkeit einer intensiven palliativmedizinischen Betreuung.

Für ein nachhaltiges Behandlungskonzept arbeiten wir intensiv zusammen mit niedergelassenen Ärzten und externen Partnern. Mit gezielten Angeboten und Kooperationen mit Selbsthilfegruppen unterstützen wir das Leben nach einer Krebserkrankung. Auch durch die Arbeit von Krebszentren haben sich bei Tumorerkrankungen die Chancen, den Krebs zu besiegen oder mit ihm zu leben, dank der gesteigerten therapeutischen Qualität nachhaltig verbessert.

Zertifiziertes Hernien Zentrum nach den Qualitätsstandards der Deutschen Hernien Gesellschaft



Ausgewiesene Erfahrung hat unsere Abteilung insbesondere auch mit der operativen Versorgung von Bauchwand-, Leisten- und Narbenbrüchen (Hernien).

Diese Operationen können meist ebenfalls in Schlüssellochtechnik erfolgen. Häufig ist zum sicheren und lang anhaltenden Verschluss der Bruchlücken das Einbringen von Kunststoffnetzen notwendig. Diese Techniken sind teilweise sehr kompliziert und erfordern viel Erfahrung. Die Chirurgische Klinik führt daher regelmäßig Ärztefortbildungen durch, um chirurgische Kollegen anzuleiten.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Speiseröhrenchirurgie

Thorakoskopische Eingriffe

Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

Sportmedizin/Sporttraumatologie

Endokrine Chirurgie

Magen-Darm-Chirurgie

Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

Tumorchirurgie

Minimalinvasive laparoskopische Operationen

Minimalinvasive endoskopische Operationen

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Spezialsprechstunde

interdisziplinäre Darmsprechstunde: mittwochs 14.00 - 15.00 Uhr Tel.: 0231 922-1369 Stomasprechstunde: jeden 2. Dienstag

Mediastinoskopie

Adipositaschirurgie

Portimplantation

Chirurgische Intensivmedizin

Notfallmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	1589
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	177
2	K80	Cholelithiasis	126
3	K35	Akute Appendizitis	92
4	K57	Divertikulose des Darmes	85
5	K81	Cholezystitis	72
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	66
7	E04	Sonstige nichttoxische Struma	64
8	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	58
9	K42	Hernia umbilicalis	51
10	K43	Hernia ventralis	51

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	293
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	281
3	5-469	Andere Operationen am Darm	272
4	5-511	Cholezystektomie	244
5	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	213
6	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	196
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	183
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	178
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	164
10	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	147

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATAMBULANZ
Privatambulanz
nach Vereinbarung
D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
CHIRURGISCHE AMBULANZ
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	79
2	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	7
3	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
4	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
9	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
10	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4

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

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

- **Zulassung zum §6 Verfahren "Verletzungsartenverfahren (VAV)**

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	20,80	20,80	0,00	0,64	20,16	78,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,60	10,60	0,00	0,64	9,96	159,5

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-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie <i>Trauma-Orthopädie</i>
3	Thoraxchirurgie
4	Viszeralchirurgie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Akupunktur
3	Notfallmedizin
4	Spezielle Unfallchirurgie
5	Sportmedizin
6	Spezielle Viszeralchirurgie
7	Proktologie

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Das gesamte Personal der Chirurgie wird in der "Klinik für Chirurgie - Viszeral- und Thoraxchirurgie geführt.

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	24,93	24,93	0,00	0,00	24,93	63,7
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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,15	5,15	0,00	0,00	5,15	308,5

Medizinische Fachangestellte
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in
Vollkräften

	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
--	------	------	------	------	------	-----

Abkürzungen:

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

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Entlassungsmanagement
2	Ernährungsmanagement
3	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
4	Wundmanagement
5	Dekubitusmanagement
6	Sturzmanagement
7	Kinästhetik
8	Diabetes
9	Qualitätsmanagement
10	Palliative Care

B-[7] Klinik für Chirurgie - Unfallchirurgie

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



Ärztlicher Direktor & Chefarzt
Prof. Dr. Karl-Heinz Bauer

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Chirurgie - Unfallchirurgie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Chirurgischen Klinik des Knappschafts Krankenhauses Dortmund!

Die unfallchirurgische Abteilung unserer Klinik bietet Ihnen das gesamte Spektrum der Versorgung von Knochenbrüchen, sowohl an den Extremitäten, als auch am Becken und an der Wirbelsäule (hier ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Orthopädischen Klinik) an. Wenn die Bruchform es erfordert (insbesondere bei komplizierten Brüchen im Gelenkbereich), erfolgt die Operationsvorbereitung unter Nutzung von Schnittbildverfahren (Computertomographie) und aufwendigen Computerrekonstruktionen der Bilder.

Nach dem Einrichten der Knochenbrüche nutzen wir modernste und wenn nötig winkelstabile Implantate, um eine optimale Stabilisierung zu erreichen und die Voraussetzung für eine möglichst baldige physikalische Übungsbehandlung zu schaffen.

Ihr Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer mit dem Team der Chirurgischen Klinik

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1600) Unfallchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Bauer, Ärztlicher Direktor & Chefarzt (bis 31.05.2021)
Telefon:	0231 922 1101
Fax:	0231 922 1109
E-Mail:	karl-heinz.bauer@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Youssef Benali, Chefarzt (ab 01.06.2021)
Telefon:	0231 922 2651
Fax:	0231 622 2659
E-Mail:	youssef.benali@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Behandlung bei Knochenbrüchen

Die unfallchirurgische Abteilung unserer Klinik bietet Ihnen das gesamte Spektrum der Versorgung von Knochenbrüchen, sowohl an den Extremitäten, als auch am Becken und an der Wirbelsäule (hier ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Orthopädischen Klinik) an. Wenn die Bruchform es erfordert (insbesondere bei komplizierten Brüchen im Gelenkbereich), erfolgt die Operationsvorbereitung unter Nutzung von Schnittbildverfahren (Computertomographie) und aufwendigen Computerrekonstruktionen der Bilder.

Nach dem Einrichten der Knochenbrüche nutzen wir modernste und wenn nötig winkelstabile Implantate, um eine optimale Stabilisierung zu erreichen und die Voraussetzung für eine möglichst baldige physikalische Übungsbehandlung zu schaffen.

Gelenkersatz durch Prothesen

Es gibt auch Konstellationen nach Knochenbrüchen, bei denen eine gelenkerhaltende Operation, z.B. aufgrund des Bruchtyps oder der Knochensubstanz, nicht möglich ist bzw. nicht sinnvoll erscheint. In diesen Fällen führen wir am Hüftgelenk und ggf. auch am Schultergelenk die Versorgung mit modernen Gelenkprothesen durch. Im Anschluss erfolgt auch hier eine intensive physikalische Übungsbehandlung, um die Gelenkfunktion möglichst bald wiederzuerlangen.

Kniegelenkspiegelung und Meniskus Chirurgie

Verletzungen am Kniegelenk treten häufig auf. Das Kniegelenk ist ein sehr komplexes Gelenk und insbesondere der Gelenkbinnenraum ist verletzungsanfällig und erfordert oft eine chirurgische Therapie. Im Vordergrund der Behandlung von Knieverletzungen steht eine umfangreiche klinische Untersuchung, teilweise ist auch eine Kernspintomographie (MRT) erforderlich.

Erhärtet sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Verletzung im Inneren des Gelenkes, führen wir routiniert eine Gelenkspiegelung durch und nehmen die notwendigen Behandlungsmaßnahmen vor. So erfolgen z.B. die Gelenkspülung und Knorpelglättung mit Entfernung freier Gelenkkörper. Besondere Erfahrung besitzt unsere Abteilung auch in der Versorgung von Meniskusverletzungen und bei Verletzungen des vorderen Kreuzbandes. Auch Fehlstellungen der Kniescheibe können durch geeignete Operationsverfahren (evtl. ist ein zusätzlicher Schnitt erforderlich) behandelt werden.

Kreuzbandersatz am Kniegelenk

Verletzungen des vorderen Kreuzbandes führen häufig zu einem Instabilitätsgefühl im Kniegelenk und begünstigen den Gelenkverschleiß. Durch moderne operative Verfahren zum Kreuzbandersatz bieten wir Ihnen, in Kombination mit der notwendigen Erfahrung, und in Zusammenarbeit mit der physikalischen Abteilung, ein umfangreiches Therapiekonzept an.

Behandlung von Arbeitsunfällen

Die unfallchirurgische Abteilung der Chirurgischen Klinik am Knappschafts-Krankenhaus Dortmund besitzt die Zulassung der Berufsgenossenschaften zur Behandlung von Arbeitsunfällen und ist zudem zur Behandlung besonders rententrächtiger Verletzungen befugt (Paragraph 6, Haus). So sind Sie auch nach einem Arbeitsunfall bei uns stets in besten Händen.

Durch das am Haus angegliederte Sportmedizinische Institut Dortmund (SMIDO) können Sie eine evtl. notwendige physikalische Behandlungsmaßnahme oder eine erweiterte ambulante Physiotherapie direkt am Haus durchführen, um zügig wieder in Ihr gewohntes Arbeitsleben einzusteigen. Die Notfallbehandlung direkt nach einem Arbeitsunfall erfolgt über unser Zentrale Notaufnahme (ZNA), die Weiterbehandlung über unsere BG-Sprechstunde in der Chirurgischen Ambulanz.

Behandlung von Sportverletzungen

Unsere Abteilung hat umfangreiche Erfahrung auch in der Behandlung von Sportverletzungen. Ein Großteil des Ärzteteams ist sportmedizinisch weitergebildet, und durch die Anbindung des Sportmedizinischen Instituts Dortmund (SMIDO) an unser Haus, können wir Ihnen ein umfassendes Angebot, von der Prophylaxe einer Verletzung, bis zur vielschichtigen Behandlung und Beratung, bieten.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Metall-/Fremdkörperentfernungen

Bandrekonstruktionen/Plastiken

Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Septische Knochenchirurgie

Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

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

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Spezialsprechstunde

Amputationschirurgie

Arthroskopische Operationen

Handchirurgie

Sportmedizin/Sporttraumatologie

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

Vollstationäre Fallzahl: 1267

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	216
2	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	177
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	166
4	S52	Fraktur des Unterarmes	159
5	S06	Intrakranielle Verletzung	69
6	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	58
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	57
8	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	30
9	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	30
10	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	27

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	796
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	375
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	373
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	159
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	129
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	91
7	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	76
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	74
9	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	65
10	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	55

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

D-ARZT-AMBULANZ

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	51
2	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	20
3	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	11
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
5	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4

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

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

Ja

Stationäre BG-Zulassung:

Ja

- **Zulassung zum § 6 Verfahren "Verletzungsartenverfahren (VAV)**

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,52	1,50	0,02	1,01	0,51	2484,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,52	1,50	0,02	1,01	0,51	2484,3

Abkürzungen:

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

B-[7].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie
2	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[7].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	20,45	20,45	0,00	0,00	20,45	62,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,15	5,15	0,00	0,00	5,15	246,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

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

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

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement
2	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
3	Wundmanagement
4	Diabetes
5	Ernährungsmanagement
6	Dekubitusmanagement
7	Sturzmanagement
8	Palliative Care

B-[8] Klinik für Gefäßchirurgie

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



Chefarzt
Dr. Kyung-Hun Chun

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gefäßchirurgie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/ Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/ Dortmund/Klinik_fuer_Gefaesschirurgie/index.php

Was versteht man unter Gefäßchirurgie?

Die Gefäßchirurgie ist ein spezielles Fachgebiet der Chirurgie, das sich mit der Erkennung, operativen Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen der arteriellen und venösen Gefäße befasst. Zusätzlich beinhaltet die Gefäßchirurgie die operative Anlage von Dialysezugängen (Shuntchirurgie).

Was bietet die Gefäßchirurgie im Klinikum Westfalen?

In unserer neu gegründeten Klinik für Gefäßchirurgie am Knappschafts Krankenhaus Dortmund werden alle Operationen an Blutgefäßen angeboten, die ohne Einsatz einer Herz-Lungenmaschine durchgeführt werden können, z.B.:

- stadiengerechte operative Behandlung der Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), sowie des diabetischen Fuß-Syndromes (einschließlich Bypassanlagen auf Unterschenkel- und/oder Fußarterien), kombinierte operative/interventionelle Eingriffe (Hybrideingriffe)
- operative oder interventionelle Behandlung der krankhaften Aussackung der Hauptschlagader (z.B. Bauchaortenaneurysma)
- operative Behandlung der Halsschlagader-Einengung zur Vorbeugung eines Schlaganfalles (Carotis-Stenose)
- operative Anlage von Zugängen für die Dialyse (Shuntchirurgie)
- operative, ästhetische Therapie des Krampfaderleidens (Varicosis)

Was zeichnet uns aus?

Mit den Kliniken für Angiologie in Dortmund, Lünen und Kamen sowie der Klinik für Radiologie bildet die Klinik für Gefäßchirurgie das Gefäßzentrum Westfalen. In enger Zusammenarbeit wird für jeden Gefäßpatienten eine individuelle Therapie erstellt - sei es konservativ-medikamentös, interventionell (Ballonkathetererweiterung und/oder Stenteinlage) oder operativ - um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Wir möchten Sie auf einen Aufenthalt in unserer Klinik bestmöglich vorbereiten. Ob als Patient, Angehöriger oder Besucher, Sie sollen sich bei uns wohl fühlen und neben einer umfassenden medizinischen Versorgung auch einen angenehmen und reibungslosen Aufenthalt erleben.

Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an.

Ihr

Chefarzt Dr. med. Kyung-Hun Chun und das Team der Klinik für Gefäßchirurgie

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Kyung-Hun Chun, Chefarzt
Telefon:	0231 922 2607
Fax:	0231 922 2609
E-Mail:	kyung-hun.chun@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Dortmund/Klinik_fuer_Gefaesschirurgie/index.php

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	230
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	37
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	29
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	25
4	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	14
5	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	13
6	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	11
7	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	8
8	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	7
9	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	7
10	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	6

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	115
2	5-983	Reoperation	63
3	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	61
4	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	56
5	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	38
6	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	35
7	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	35
8	5-381.71	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	34
9	8-923.1	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung: Nicht invasiv	33
10	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	30

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	12
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,92	1,92	0,00	0,00	1,92	119,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,92	1,92	0,00	0,00	1,92	119,8

Abkürzungen:

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

B-[8].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,40	8,40	0,00	0,00	8,40	27,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

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

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[9] Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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



Chefarzt
Prof. Dr. med. Robert Krämer

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	http://www.klinikum-westfalen.de

Herzlich willkommen!

Als einzige Klinik für Plastische Chirurgie der Stadt Dortmund bietet die Klinik das gesamte Spektrum der modernen Plastischen Chirurgie an. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Wiederherstellung nach schweren Unfallverletzungen sowie der Behandlung von Haut- und Weichteiltumoren, dem Brustaufbau mit körpereigenem Gewebe, der Ästhetischen Chirurgie sowie dem gesamten Spektrum der Handchirurgie. Von Anfang an steht Ihnen dazu ein erfahrenes und kompetentes Ärzte- und Pflorgeteam zur Seite, das Sie medizinisch optimal versorgt.

Durch den Einsatz feinsten Operationstechniken mit Hilfe von Lupenbrillen oder dem OP-Mikroskop im Rahmen von mikrochirurgischen Eingriffen können wir Ihnen besonders schonende Therapieverfahren anbieten. Die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen ist die große Stärke der Plastischen Chirurgie und unserer Klinik, um für Sie die bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen und Ihnen das Höchstmaß an Sicherheit während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus zu bieten. Um darüber hinaus die Therapieerfolge der Behandlung langfristig zu sichern, legen wir großen Wert auf eine besonders engmaschige Kooperation mit unseren niedergelassenen Kollegen. Sämtliche Behandlungen stimmen wir mit Ihnen individuell ab und stehen gerne für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Ihr Prof. Dr. med. Robert Krämer mit dem Team der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Robert Krämer, Chefarzt
Telefon:	0231 922 2161
Fax:	0231 922 2169
E-Mail:	robert.kraemer@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen:

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie

Kosmetische/Plastische Mammachirurgie

Plastische Chirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl:	561
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAH
1	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	40
2	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	21
3	S62.31	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Basis	18
4	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	16
5	L03.01	Phlegmone an Fingern	15
6	S62.61	Fraktur eines sonstigen Fingers: Proximale Phalanx	13
7	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	13
8	N64.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Mamma	13
9	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	12
10	S66.3	Verletzung der Streckmuskeln und -sehnen sonstiger Finger in Höhe des Handgelenkes und der Hand	12

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	254
2	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	98
3	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	94
4	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	81
5	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	72
6	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	69
7	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	64
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	53
9	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	52
10	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	46

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATSPRECHSTUNDE

Privatambulanz

Montag und Donnerstag 9.00 bis 12.00 Uhr und nach Vereinbarung

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

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	85
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	8
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	6

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
4	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	6
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	5
6	5-845	Synovialektomie an der Hand	4
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	4
8	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
9	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
10	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4

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

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	5,80	5,80	0,00	0,18	5,62	99,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,00	3,00	0,00	0,18	2,82	198,9

Abkürzungen:

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

B-[9].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Handchirurgie
2	Notfallmedizin

B-[9].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	7,00	7,00	0,00	0,00	7,00	80,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

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

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
	<i>Wundschwester nach ICW</i>

B-[10] Klinik für Urologie und Kinderurologie

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Dr. med. Stefan Orth

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Urologie und Kinderurologie
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

In der Urologischen Klinik des Knappschaftskrankenhauses werden unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Stefan Orth alle gutartigen und bösartigen Erkrankungen der Niere, der Prostata, der ableitenden Harnwege, der Harnblase, der Harnröhre und der männlichen Geschlechtsorgane behandelt.

Schwerpunkte der Abteilung sind neben der Behandlung urologischer Tumorerkrankungen die rekonstruktive Urologie, die Steintherapie, sowie die Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerungen und der Harninkontinenz bei Frau und Mann.

Die Urologische Klinik besitzt eine Laparoskopieeinheit mit HDTV-Technik sowie einen da Vinci® System Operationsroboter. Die Ausstattung der Endourologie ist auf dem neuesten Stand. Die Klinik verfügt über flexible Chip on the Tip Ureterskope, zwei Arbeitstische mit Röntgengerät der Fa. Siemens, flexible Zystoskope, einen Holmium-Laser sowie einen 180 Watt Greenlight-Laser. Die Klinik verfügt über sechs Ultraschallgeräte inklusive Farbduplexsonographie sowie einen eigenen urodynamischen Messplatz.

In der Abteilung - als ausgewiesenem und DKG zertifiziertem Prostatakrebs-Zentrum - wird seit 2010 die minimal invasive roboterassistierte radikale Prostatektomie (RARPE) durchgeführt.

Bei der Blasenentfernung aufgrund von Blasenkrebs werden alle gängigen Verfahren der Harnableitung (Ileum-Conduit, Ileum Neoblase sowie Mainz Pouch) angeboten.

Große Erfahrungen bestehen in der offenen, wie minimalinvasiven rekonstruktiven Urologie (Nierenbeckenplastik, Harnleitersersatz, Harnleiterneueinpflanzungen, Harnröhrenchirurgie).

Mikrochirurgische Eingriffe (wie z.B. Samenleiterwiederherstellung) werden unter einem Operationsmikroskop durchgeführt.

Die Behandlung der Inkontinenz bei Frauen, Männern und Kindern ("Bettnässern") erfolgt innerhalb des Kontinenzentrums des Krankenhauses unter Einbeziehung anderer Fachabteilungen. Die Klinik bietet das komplette Spektrum der Kontinenztherapie bei Frau und Mann, inklusive Implantation eines artefiziellen Sphinkters, an. Rekonstruktive Eingriffe beim Deszensus der Frau werden vorwiegend minimalinvasiv durchgeführt.

In der Urologischen Ambulanz erfolgt sowohl die ambulante Untersuchung von Patienten (zum Teil in Spezialsprechstunden), als auch die Durchführung von kleinen Eingriffen auf ambulanter Ebene.

Ihr
Dr. med. Stefan Orth mit dem Team der Klinik für Urologie und Kinderurologie

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2200) Urologie

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Stefan Orth, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1701
Fax:	0231 922 1709
E-Mail:	stefan.orth@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschaftskrankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[10].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-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Zertifiziertes Prostatazentrum nach den Kriterien der DKG "Deutsche Krebsgesellschaft"



Das Prostatazentrum am Knappschafts Krankenhaus vereint interdisziplinäre medizinische Kompetenz mit modernster Ausstattung und zukunftsweisenden, am Patientenwohl orientierten Konzepten. Im Prostata-Zentrum Dortmund-Ost arbeiten Spezialisten unterschiedlicher Fachabteilungen zusammen. Das Zentrum wurde schon 2007 als eines der ersten Prostatazentren in Deutschland erstmals zertifiziert. Es wird jährlich neu von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geprüft und immer wieder mit diesem Prädikat ausgezeichnet. Unser Haus zeichnet zudem eine besonders niedrige Rückfallquote aus. Auch das Magazin Focus hat die Qualität unseres Prostatazentrums als Ergebnis eines bundesweiten Klinikvergleiches bestätigt.



MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Nierenchirurgie

Endokrine Chirurgie

Inkontinenzchirurgie

Urogynäkologie

Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen

Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten

Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

Diagnostik und Therapie von Urolithiasis

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

Photodynamische Diagnostik der Blase (PDD Blase)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

Laserresektion der Prostata (Greenlight-PVP)

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems

Kinderurologie

Zweitmeinungszentrum

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase

Minimalinvasive laparoskopische Operationen

Roboter-assistierte da Vinci-Operationen

Minimalinvasive endoskopische Operationen

Tumorchirurgie

Spezialsprechstunde

Prostatazentrum

Zertifikat mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

- allgemeine Urologie
- Kinderurologie
- urologische Onkologie
- rekonstruktive urologische Chirurgie
- zertifiziertes Prostatazentrum
- Zentrum für Kontinenz und Beckenbodenrekonstruktion
- Männerheilkunde (Andrologie)
- Zentrum für minimal invasive Chirurgie (MIC)
- Roboter assistierte Operationen mit dem daVinci-System

Besondere Schwerpunkte setzen das Prostatazentrum und das Zentrum für Kontinenz und Beckenbodenrekonstruktion. Beide Zentren bieten interdisziplinär ein umfassendes Diagnose- und Behandlungsspektrum.

Unsere Pflegekräfte verfügen über besondere Kompetenz im Umgang mit den speziellen Krankheitsbildern in der Urologie. Medizinische Therapie und die Pflege sind bei uns optimal aufeinander abgestimmt.

Spezialsprechstunde

Knappschaftssprechstunde: Montag und Donnerstag 9.00 Uhr - 12.00 Uhr
Anmeldung über das Ambulanz-Sekretariat Tel.: 0231 922-1710

Privatsprechstunde: Dienstag 09:00 - 15:00 Uhr und nach Vereinbarung.
Anmeldung über das Sekretariat Frau Medini Tel.: 0231 922-1701

Kontinenz-Sprechstunde: Montag 08.30 Uhr - 13.00 Uhr und Freitag 08.30 Uhr - 13.00 Uhr
Anmeldung über das Ambulanz- Sekretariat Tel.: 0231 922-1710

Tumor-Sprechstunde: Dienstag 13.00 Uhr - 15.00 Uhr und nach Vereinbarung

Anmeldung über das Sekretariat Frau Medini Tel.: 0231 922-1701

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2307
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	700
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	328
3	N40	Prostatahyperplasie	161
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	154
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	151
6	N20	Nieren- und Ureterstein	102
7	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	68
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	64
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	62
10	N45	Orchitis und Epididymitis	57

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1572
2	3-13d	Urographie	1516
3	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1383
4	8-132	Manipulationen an der Harnblase	883
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	526
6	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	431
7	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	378
8	3-13f	Zystographie	268
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	258
10	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	226

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	200
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	132
3	5-640	Operationen am Präputium	130
4	5-572	Zystostomie	18
5	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	13
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	9
7	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	8
8	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	4
9	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
10	5-624	Orchidopexie	< 4

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

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

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	12,52	12,52	0,00	0,00	12,52	184,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,91	7,91	0,00	0,00	7,91	291,7

Abkürzungen:

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

B-[10].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Andrologie
2	Medikamentöse Tumorthherapie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[10].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	26,46	26,46	0,00	0,00	26,46	87,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,32	2,32	0,00	0,00	2,32	994,4
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,85	1,85	0,00	0,00	1,85	1247,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,62	0,62	0,00	0,00	0,62	3721,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,23	2,23	0,00	0,00	2,23	1034,5

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-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Pflege im Operationsdienst
5	Hygienefachkraft
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung
8	Casemanagement

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement <i>Physiotherapie, Urotherapie</i>
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
7	Stomamanagement
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement
11	Palliative Care

B-[11] Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Priv.-Doz. Dr. med. Frank Rubenthaler

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Wir begrüßen Sie herzlich auf der Seite der Orthopädischen Klinik im Qualitätsbericht des Knappschafts Krankenhaus Dortmund.

Das Ärzteteam, unser Ambulanzteam, Sekretariat, das Pflegepersonal sowie unsere Krankengymnasten und Physiotherapeuten bilden das gemeinsame Team der Orthopädischen Klinik. Wir möchten Ihnen neben einer bestmöglichen medizinischen Versorgung auch einen angenehmen und reibungsfreien Aufenthalt in unserer Klinik ermöglichen und darüber hinaus eine optimale weitergehende Nachversorgung sicher stellen. Für eine physikalische Therapie (Krankengymnastik) steht das Sportmedizinische Institut Dortmund (SMIDO) am Knappschafts Krankenhaus Dortmund zur Verfügung.

Unsere Klinik für Orthopädie bietet ein breites Spektrum der Diagnostik und Therapie, bis hin zu umfassenden chirurgischen Lösungen. Unsere Kompetenz und medizinische Qualität garantieren regelmäßig durchgeführte Zertifizierungen in Regie von Fachgesellschaften. Festgelegte klinische Behandlungspfade schreiben die optimale Betreuung und Versorgung unserer Patientinnen und Patienten fest.

Wir treten ein für eine umfassende Diagnostik und Beratung, an deren Ende chirurgische Lösungen nur dann empfohlen werden, wenn diese auch tatsächlich angeraten sind, um Ihnen Schmerzfreiheit, Mobilität und Lebensqualität zu sichern.

Ihr
Dr. Frank Rubenthaler mit dem Team der Klinik für Orthopädie

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2300) Orthopädie

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Frank Rubenthaler, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1501
Fax:	0231 922 1509
E-Mail:	frank.rubenthaler@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschaftskrankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[11].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-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Zertifiziertes EndoProthetikZentrum nach EndoCert



Durch den endoprothetischen Ersatz von geschädigten Gelenken, insbesondere Knie- und Hüftgelenken, sollen Schmerzfreiheit, ein Mobilitätsgewinn und die Verbesserung der Lebensqualität betroffener Patienten erreicht werden. Das Knappschafts Krankenhaus Dortmund wurde im Juli 2013 - als erstes Krankenhaus im Ruhrgebiet überhaupt - zertifiziert als EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung und nach erneuter Überprüfung rezertifiziert.

Die Bewertung nahmen die Prüfer der Zertifizierungsgesellschaft "EndoCert" im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) vor. Ihr Bericht bestätigt, dass das Knappschafts Krankenhaus auf dem Gebiet der Gelenkversorgung hervorragend aufgestellt sei. Interdisziplinäre Konzepte werden hier gelebt und die Nutzung eines Netzwerkes bis hin zur Orthopädietechnik.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

Septische Knochenchirurgie

Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

Wirbelsäulenchirurgie

Arthroskopische Operationen

Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

Spezialsprechstunde

*Endoprothesensprechstunde: Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag: 08.00 - 16.00 Uhr Freitag: 12.00 - 13.00 Uhr
Tel.: 0231 922-1510 Fußsprechstunde: Dienstag: 13.00 - 16.00 Uhr Wirbelsäulensprechstunde: Freitag: 13.00 - 16.00
Uhr Schultersprechstunde Donnerstags von 08:00 - 10:00Uhr*

Endoprothetik

Fußchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

Sportmedizin/Sporttraumatologie

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1261
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	195
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	181
3	M75	Schulterläsionen	177
4	M54	Rückenschmerzen	130
5	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	80
6	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	77
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	74
8	M48	Sonstige Spondylopathien	71
9	S72	Fraktur des Femurs	45
10	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	31

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	3783
2	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	731
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	446
4	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	379
5	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	370
6	5-986	Minimalinvasive Technik	319
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	251
8	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	186
9	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	170
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	155

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

nach Vereinbarung Anmeldung über das Sekretariat Frau Fell Tel.: 0231 922-1501

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	224
2	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	100
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	67
4	1-697	Diagnostische Arthroskopie	24
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	21
6	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	5
7	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
10	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	9,30	9,30	0,00	0,00	9,30	135,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,30	6,30	0,00	0,00	6,30	200,2

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-[11].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[11].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	20,74	20,74	0,00	0,00	20,74	60,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,78	1,78	0,00	0,00	1,78	708,4
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	2,38	2,38	0,00	0,00	2,38	529,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,77	0,77	0,00	0,00	0,77	1637,7

Abkürzungen:

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

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

B-[12] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Dr. med. Frank Schmolling

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Die Frauenklinik und Geburtshilfe am Knappschaftskrankenhaus Dortmund ist das Zentrum für Frauengesundheit. Hier steht Ihnen ein ganzheitlich orientiertes Expertenteam zur Verfügung. Es arbeitet sowohl mit modernsten, wie auch bewährten Diagnose- und Therapiekonzepten.

Wir freuen uns, Sie auf einem Rundgang durch unsere Klinik begrüßen zu dürfen. Hier erhalten Sie wichtige Informationen zu unserem Leistungsspektrum in der Frauenklinik und Geburtshilfe. Es ist uns ein großes Anliegen, dass Sie sich, ob als Patient, Angehöriger oder Besucher bei uns wohlfühlen und einen angenehmen Aufenthalt in unserem Krankenhaus erfahren.

- in der Frauenheilkunde (Gynäkologie einschl. Brustzentrum) &
- bei der Geburtshilfe.

Nicht nur in den Sprechstunden sind wir für Sie da.

Ihr Dr. med. Frank Schmolling mit dem Team der Frauenklinik & Geburtshilfe

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Frank Schmolling, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1201
Fax:	0231 922 1256
E-Mail:	frank.schmolling@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[12].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-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Brustzentrum

Diagnostik und Therapie von Senkungszuständen des Genitale

Inkontinenzchirurgie "Descensuschirurgie"

Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

Kosmetische/Plastische Mammachirurgie

in Kooperation mit der Klinik für plastischen Chirurgie

Endoskopische Operationen

u.a. mit dem da Vinci-Operationsroboter

Gynäkologische Chirurgie

Inkontinenzchirurgie

Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

Pränataldiagnostik und -therapie

Betreuung von Risikoschwangerschaften

Gestationsdiabetes, Wachstumretardierung, Geminischwangerschaften

Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

Geburtshilfliche Operationen

Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

Spezialsprechstunde

Privatprechstunde Chefarzt Dr. med. F. B. Schmolling, Anmeldung: 0231 922-1201 Fr. S. Röpke



Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Die Chancen auf Heilung aber stehen bei dieser Krebsart gut.

Ganz wichtig für den Erfolg der Behandlung ist die Früherkennung und eine individuelle, leitliniengerechte Therapie nach modernstem Standard.

Am Knappschafts Krankenhaus Dortmund bietet Ihnen das Ärzte- und Pflegezentrum eines interdisziplinären Brustzentrums Hilfe an. Hier werden alle modernen diagnostischen Möglichkeiten, sämtliche OP-Verfahren, eventuell erforderliche Strahlentherapie und sonstige vorbeugende Therapieverfahren unter einem Dach angeboten.

Die Diagnose Brustkrebs stellt hohe Anforderungen an alle beteiligten Ärzte. Wesentlich für den Erfolg der Therapie ist eine direkte Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen.

Insbesondere für die Diagnosestellung und Planung einer Operation ist die Kooperation mit der radiologischen Klinik von überragender Bedeutung.

Im Knappschafts Krankenhaus steht die gesamte Breite der modernen Diagnostik zur Verfügung. Der Anteil brusterhaltender Operationen kann durch den Einsatz des Kernspintomographen erhöht werden. Die intraoperative Bestrahlung (IORT) ist seit Jahren etabliert.

Die Zusammenarbeit aller Fachabteilungen und Standorte wird in unserem Brustzentrum seit Jahren gelebt. Zentrales Element dieser Zusammenarbeit ist die Tumorkonferenz. Hier wird jeder Tumorfall vorgestellt und mit den Experten aller Fachrichtungen besprochen.

Alle Mitarbeiter des Brustzentrums nehmen an dieser Konferenz teil. Gemeinsam wird für jede Patientin die individuell beste Therapieempfehlung erarbeitet und die Weiterbehandlung mit den niedergelassenen Ärzten organisiert.

Im Knappschafts Krankenhaus Dortmund wird sowohl vor, als auch nach einer Operation eine Besprechung durchgeführt. Die Behandlung erfolgt nach weltweit unter Experten anerkannten modernen Therapiestandards.

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1864
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	533
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	190
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	117
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	113
5	O48	Übertragene Schwangerschaft	60
6	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	54
7	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	53
8	D25	Leiomyom des Uterus	52
9	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	42
10	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	39

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	552
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	551
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	209
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	199
5	5-740	Klassische Sectio caesarea	135
6	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	100
7	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	79
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	67
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	64
10	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	59

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATSPRECHSTUNDE

Privatambulanz

Montag & Dienstag 14:30-17:00 Uhr und Donnerstag 15:00-17:15 Uhr Chefarzt Dr. med. Frank Schmolling Anmeldung: 0231 922-1201 Fr. Röpke

BRUSTSPRECHSTUNDE

Privatambulanz

Montag und Donnerstag 09:00-13:30 Uhr

BECKENBODENSPRECHSTUNDE

Privatambulanz

Donnerstags 10:00-12:00 Uhr

DYSPLASIESPRECHSTUNDE

Privatambulanz

Donnerstags 10:00-13:00 Uhr

GEBURTSPLANUNGSSPRECHSTUNDE

Privatambulanz

täglich nach Anmeldung

B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	62
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	61
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	35
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	26
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	14
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	11
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	6
8	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	4
9	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	10,03	10,03	0,00	0,00	10,03	185,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,84	5,84	0,00	0,00	5,84	319,2

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-[12].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
4	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <i>Interdisziplinäre Onkologische Station</i>

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[12].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	8,85	8,85	0,00	0,00	8,85	210,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,80	1,80	0,00	0,00	1,80	1035,6
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,67	0,67	0,00	0,00	0,67	2782,1
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,31	1,31	0,00	0,00	1,31	1422,9
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	11,47	11,47	0,00	0,00	11,47	162,5
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care
11	Breast Care Nurse
12	Still- und Laktationsberatung

B-[13] Klinik für Neurologie

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Dr. med. Ulrich Hofstadt-van Oy

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Neurologie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Neurologischen Klinik!

Auf den nächsten Seiten haben Sie die Möglichkeit, sich über unser Behandlungsspektrum näher zu informieren.

Wir möchten Sie auf einen möglichen Aufenthalt in unserer Klinik vorbereiten und unser gemeinsames Ziel verdeutlichen:

Ob als Patient, Angehöriger oder Besucher, Sie sollen sich bei uns wohl fühlen und neben einer umfassenden medizinischen Versorgung auch einen angenehmen und reibungsfreien Aufenthalt erleben.

Ihr Dr. Ulrich Hofstadt-van Oy mit dem Team der Klinik für Neurologie

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(2800) Neurologie

B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Ulrich Hofstadt-van Oy, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1401
Fax:	0231 922 1409
E-Mail:	ulrich.hofstadt@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[13].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-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Muskelzentrum Ruhrgebiet



Im Neuromuskulären Zentrum Ruhrgebiet betreuen Neurologen und Neuropädiater in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Herz- und Lungenspezialisten, Humangenetikern, Orthopäden, Rheumatologen, Krankengymnasten und Sozialberatern Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen. Das Zentrum wurde Anfang 2008 als eines der ersten Zentren in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. mit dem Gütesiegel zertifiziert.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden

Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns

Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute

Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen

Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems

Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus

Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels

Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen

Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Stroke Unit

Zertifizierte Stroke Unit nach dem Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft



Beim Schlaganfall kommt es auf jede Minute an. Bei der anschließenden Versorgung in der Klinik zählt dann eine kompetente und kontinuierliche Betreuung. Am Knappschafts-Krankenhaus besteht deshalb ein fachübergreifendes Schlaganfall-Zentrum (Stroke Unit) mit einer angeschlossenen "Comprehensive Stroke Unit".

Unsere Stroke Unit verbindet im Sinne einer optimalen diagnostischen und therapeutischen

Betreuung, interdisziplinär die Kompetenz verschiedener Fachkliniken und Abteilungen, von der Klinik für Neurologie über die Radiologie bis zur Physiotherapie. Die entscheidende Konsequenz der Erweiterung um eine Comprehensive Stroke Unit: Schlaganfallpatienten werden nicht wie sonst üblich nach den ersten Tagen Intensivbetreuung im Schlaganfallzentrum auf eine normale Station verlegt. Für sie steht stattdessen der Erweiterungsbereich der Stroke Unit zur Verfügung und sie werden von hoch qualifiziertem Fachpersonal weiterbetreut.

Die "Comprehensive Stroke Unit" setzt die interdisziplinäre Betreuung der Patienten mit individuellen Anwendungen auch am Wochenende fort. Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie helfen, Folgeerscheinungen zu überwinden. Zudem bleibt sichergestellt, dass durch spezialisierte Ärzte und spezialisiertes Pflegepersonal Veränderungen im Krankheitsbild schnell erkannt werden und der Informationsfluss nicht abreißt.

Das Schlaganfallzentrum und die Erweiterung wurden durch die Deutsche Schlaganfallgesellschaft in Kooperation mit einer Zertifizierungsgesellschaft zertifiziert, die geleistete Arbeit und das in der Region noch seltene Erweiterungskonzept, ausdrücklich anerkannt. Über die Anforderungen der Zertifizierung hinaus setzt das Klinikum hier übrigens auch noch eine telemetrische Datenüberwachung ein, bei der Patienten mobil bleiben und wichtige Gesundheitsdaten dennoch fortlaufend kontrolliert werden.

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1775
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	431
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	158
3	G40	Epilepsie	144
4	G61	Polyneuritis	106
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	100
6	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	53
7	H81	Störungen der Vestibularfunktion	43
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	40
9	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	39
10	G62	Sonstige Polyneuropathien	30

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zusätzlich erbrachte Leistungen im Jahr 2019:

Elektroneurographien: 1442

Elektromyographien: 357

Biopsien von Nerven und Muskeln: 7

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1134
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	865
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	580
4	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	524
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	444
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	224
7	8-547	Andere Immuntherapie	190
8	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	168
9	1-902	Testpsychologische Diagnostik	144
10	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	111

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATAMBULANZ, KNAPPSCHAFTSAMBULANZ

Privatambulanz

Termine über das Sekretariat Fr. Lange/Fr. Sminov 0231 922-1401

B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt

B-[13].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	14,26	14,19	0,07	0,07	14,19	125,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,57	4,50	0,07	0,07	4,50	394,4

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-[13].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Geriatric
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[13].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	17,42	17,42	0,00	0,00	17,42	101,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,85	8,85	0,00	0,00	8,85	200,6
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	4,30	4,30	0,00	0,00	4,30	412,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Pflege im Operationsdienst
5	Hygienefachkraft
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung
8	Casemanagement

B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Bobath
2	Diabetes
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement
11	Palliative Care
12	Stroke Unit Care
13	Pflegeexperte Neurologie

B-[14] Klinik für Nuklearmedizin

B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt

Prof. Dr. med. Hojjat Ahmadzadehfar

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Nuklearmedizin
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Nuklearmedizin des Knappschafts Krankenhauses Dortmund.

Das medizinische Fach der Nuklearmedizin beschäftigt sich mit dem "Sichtbarmachen" körpereigener Funktionen, angefangen mit der Darstellung verschiedenster körpereigener Stoffwechselfvorgänge oder Durchblutung einzelner Organe, bis hin zu komplizierten Messungen vitaler Vorgänge im Körper. Häufig gehen funktionellen Störungen Auffälligkeiten in der Röntgen Bildgebung voraus, weshalb der Nuklearmedizin ein besonders hoher Wert in der Früherkennung von Erkrankungen (z.B. auch Krebs) zuteil wird. Neben der Diagnostik bietet die Nuklearmedizin stationäre Behandlungskonzepte für gut- und bösartige Erkrankungen, z.B. Radiojodtherapie bei Hyperthyreose oder beim Schilddrüsenkarzinom, Radiopeptidtherapie bei neuroendokrinen Tumoren und Radioliganden Therapie bei Prostatakarzinom.

Auf allen Gebieten kooperieren wir mit unserem interdisziplinären Krebszentrum. Ich freue mich über Ihr Interesse und stehe Ihnen mit meinem Team gerne für weitere Informationen und Fragen zum Fachgebiet, oder den einzelnen Untersuchungen, zur Verfügung.

Ihr Prof. Dr. med. Hojjat Ahmadzadehfar mit dem Team der Nuklearmedizin

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(3200) Nuklearmedizin

B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Hojjat Ahmadzadehfar, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1651
Fax:	0231 922 1653
E-Mail:	hojjat.ahmadzadehfar@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[14].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-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Das Prinzip der diagnostischen Nuklearmedizin beruht auf dem Einbringen meist kurzlebiger, schwach radioaktiv markierter Substanzen in den Körper (z. B. oral, intravenös) und der Anfertigung von Ganz- oder Teilkörperaufnahmen im Anschluss, in Abhängigkeit von der Untersuchung nach mehreren Minuten oder meist Stunden. Deshalb entsteht ein unterschiedlicher Zeitaufwand für die jeweilige Vorbereitung und nachfolgende Messungen. Der Zeitrahmen und etwaige vorbereitende Maßnahmen werden Ihnen im Rahmen der Anmeldung zur Untersuchung individuell mitgeteilt.

Die bildgebenden Substanzen werden nach kurzer Zeit wieder ausgeschieden, bzw. zerfallen, sodass die Strahlenbelastung den Körper nicht höher belastet als gängige Röntgenuntersuchungen. Nebenwirkungen oder allergische Reaktionen treten, anders als in der Radiologie, im Regelfall nicht auf.

Wir bieten im Knappschafts Krankenhaus eine umfassende interdisziplinäre Patientenbetreuung, ermöglicht durch das neuartige Konzept der integrierten Versorgung. Dieses moderne Konzept, ermöglicht durch die enge vertragsärztliche Zusammenarbeit mit dem MVZ Professor Uhlenbrock & Partner in den Bereichen Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, verwirklicht Diagnostik und Therapie "aus einer Hand" und damit die Betreuung der bei uns therapierten Patienten auch ambulant.

Zusätzlich können wir somit jederzeit auf die PET-CT- Diagnostik zugreifen, eine Kombination aus Computertomografie (CT) und Positronenemissionstomografie (PET), welche die Vorteile von radiologischer und funktioneller Bildgebung optimal kombiniert.

Wir hoffen, Ihnen einen kleinen Überblick verschafft zu haben und freuen uns auf Ihre Fragen und Anregungen.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Native Sonographie

Szintigraphie

Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)

Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner

Als Kassenarzt in Niederlassung am MVZ Prof. Dr. Uhlenbrock und Partner

Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen

Therapie mit offenen Radionukliden

Radiojodtherapie

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	12
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	8
2	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	4

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	69
2	3-724	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie	32
3	3-733	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Skelettsystems	26
4	3-703	Szintigraphie der Lunge	26
5	3-722	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge	23
6	3-732	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) der Lunge	21
7	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	8
8	3-709	Szintigraphie des Lymphsystems	8
9	3-706	Szintigraphie der Nieren	8
10	8-531	Radiojodtherapie	7

B-[14].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	24,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	24,0

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-[14].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Nuklearmedizin

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[14].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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Casemanagement

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
	<i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement

B-[15] Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefärztin
Dr. med. Heidemarie Tonscheidt

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
Straße:	Am Knappschafts Krankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Herzlich Willkommen im Bereich der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie des Knappschafts Krankenhauses Dortmund im Klinikum Westfalen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und hoffen, wir können Ihnen auf den nächsten Seiten einen Einblick über unsere Ausstattung, Behandlungsmöglichkeiten und unsere Arbeit geben. Wir haben als zentrales Ziel die optimale Betreuung und Versorgung unserer Patienten. Freundlichkeit, Wahrung der Würde und Zuwendung sind dabei die menschliche Grundlage unserer Arbeit. Wir behandeln unsere Patienten nach den aktuellen Leitlinien und Standards der onkologischen Fachgesellschaften als fachliche Grundlage unserer Arbeit. Der regelmäßige Besuch inner- und außerbetrieblicher Fortbildungen sowie der Erwerb praktischer Fertigkeiten und Qualifikationen sind für unsere Mitarbeiter selbstverständlich. Unsere Abteilung kooperiert mit dem MVZ Prof. Dr. med. Uhlenbrock und Partner an den Standorten Knappschafts Krankenhaus Dortmund, Josefs Hospital Dortmund-Hörde, Lünen und Recklinghausen, sodass eine ambulante Weiterführung Ihrer Strahlentherapie auch nach Ihrer Entlassung problemlos möglich ist.

Die Pflege von regionalen und überregionalen Kooperationen mit anderen Kliniken (z.B. Kooperation mit den Kliniken der Lukas-Gesellschaft, dem Marien-Krankenhaus Schwerte) sind für uns für die optimale Betreuung unserer Patienten wichtig, ebenso die Einbindung Ihres behandelnden Hausarztes.

Wir sind Partner des Darm Zentrums Ruhr, des Darm Zentrums Dortmund, des Prostata Zentrums Dortmund Ost, des Lungen Zentrums Dortmund sowie des Brust Zentrums Dortmund-Ost und unterliegen den regelmäßigen Überprüfungen dieser Zentren.

Die gute Qualität unserer Arbeit ist uns wichtig. So überprüfen wir unsere Arbeit regelmäßig u.a. durch Fehleranalysen und Ergebnisvergleiche mittels eines bereits 2005 zertifizierten Qualitätsmanagementsystems (DIN EN ISO 9001:2000). Sollten Sie Kritik oder Verbesserungsvorschläge für uns haben, scheuen Sie sich nicht uns anzusprechen.

Wir möchten Ihnen Ihren stationären Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Sie, Ihre Angehörigen und Besucher sollen sich bei uns gut aufgehoben fühlen.

Ihre

Dr. med. Heidemarie Tonscheidt mit dem Team der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(3300) Strahlenheilkunde

B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Heidemarie Tonscheidt, Chefärztin
Telefon:	0231 922 1651
Fax:	0231 922 1653
E-Mail:	heidemarie.tonscheidt@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschaftskrankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[15].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-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Die leitliniengerechte Bestrahlung bösartiger Tumorerkrankungen als alleinige Therapie oder in Kombination mit Chemotherapie und/oder Operation, wobei modernste Therapieverfahren wie die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT), die lagekontrollierte Strahlentherapie mittels "Cone beam CT"- Verfahren und die CT-gestützte 3D- Bestrahlungsplanung.
- Die kombinierte Strahlen-/Chemotherapie bösartiger Tumorerkrankungen mit enger Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung.
- Die "Bestrahlung von innen" (Brachytherapie) mittels Afterloadingverfahren von Tumoren der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses, der Luftröhre und der Speiseröhre. Hierfür steht ein modernes HDR-Brachytherapiegerät zur Verfügung.
- Die hochmoderne und innovative intraoperative Bestrahlung von Brustkrebs im Frühstadium (IORT mittels "Intrabeam- System").
- Die Bestrahlung gutartiger Erkrankungen wie z.B. Fersensporen, schmerzhafte degenerative Erkrankungen, endokrine Orbitopathie.
- Die einmalige Bestrahlung nach Hüftgelenksoperationen zur Ossifikationsprophylaxe, also Vermeidung schmerzhafter Verknöcherungen im Weichteilmantel des Hüftgelenks, in Kooperation mit der orthopädischen Abteilung unseres Hauses.
- Die palliativmedizinische Komplexbehandlung von Patienten im stationären Bereich im interdisziplinären Team bestehend aus Strahlentherapie, Schmerztherapie, Psychoonkologie, Physiotherapie, Seelsorge und Sozialdienst.

Unsere Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie ist Teil der zertifizierten Tumorzentren des Knappschaftskrankenhauses (Brust-, Darm-, Prostata- und CancerCenter).

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde

Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

IMRT

Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

IMRT

Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Palliativmedizin

Schmerztherapie

Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns

Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

Computertomographie (CT), nativ

Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Oberflächenstrahlentherapie

Orthovoltstrahlentherapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Hochvoltstrahlentherapie

Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie

Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

CT-Match & MR-Match möglich

Intraoperative Bestrahlung

bei Brustkrebs

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 244

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	57
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	44
3	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	24
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	16
5	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	12
6	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	10
7	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	8
8	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	7
9	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6
10	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	6

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2324
2	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	146
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	86
4	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	84
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	66
6	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	51
7	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	47
8	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	44
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	24
10	8-547	Andere Immuntherapie	15

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

Termine nach Vereinbarung Frau Jander: 0231 922-1651

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	3,28	3,28	0,00	0,00	3,28	74,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,66	1,66	0,00	0,00	1,66	147,0

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-[15].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <i>Interdisziplinäre Onkologische Station</i>
3	Radiologie
4	Strahlentherapie

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin

B-[15].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	5,45	5,45	0,00	0,00	5,45	44,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
7	Wundmanagement
8	Dekubitusmanagement
9	Sturzmanagement
10	Palliative Care

B-[16] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Björn Ellger

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Wir begrüßen Sie in der Klinik für Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Knappschaftskrankenhauses Dortmund. Klinikdirektor Prof. Dr. Björn Ellger und sein gesamtes ärztliches und pflegerisches Team möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Klinik so angenehm wie möglich gestalten. Schon im Vorfeld werden wir Ihnen dazu einige wichtige Informationen zu unserem Tätigkeitsspektrum geben.

Sollte Ihnen eine Operation bevorstehen, so finden Sie auf den folgenden Seiten einige Informationen, mit denen wir Ihnen den Aufenthalt in unserer Klinik ein wenig erleichtern möchten. Unser Team wird versuchen, Ihnen die Angst zu nehmen und die Behandlung so angenehm wie möglich zu machen.

Ihr
Prof. Dr. Björn Ellger mit dem Team der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(3700) Sonstige Fachabt.

B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

Name/Funktion:	Dr. med. Daniel Oswald, Leitender Oberarzt & Stellvertreter des Klinikdirektors
Telefon:	0231 922 1001
Fax:	0231 922 1009
E-Mail:	daniel.oswald@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[16].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-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Teil- und Vollnarkose

Wir bieten alle gängigen Verfahren der Voll- und Teilnarkose (Regionalanästhesie) an. Bei der Vollnarkose legen wir großen Wert auf ein möglichst schonendes, kurz wirksames Verfahren. Wenn Übelkeit oder Erbrechen nach Narkosen bei Ihnen bekannt sind, können wir durch besonders angepasste Verfahren das Risiko hierfür deutlich verringern. Die Teilnarkose kann sich auf eine Körperhälfte (Spinal- oder Periduralanästhesie) erstrecken oder gezielt ein Körperteil (Arm, Bein) betäuben. Bei bestimmten Operationen kann auch eine Kombination beider Verfahren erforderlich sein, um die Behandlung von Schmerzen nach dem Eingriff bestmöglich vornehmen zu können.

Auch nach dem Eingriff gut betreut...

Nach ihrer Operation werden Sie für einen kurzen Zeitraum in der sog. Perioperativen Beobachtungseinheit (POBE) intensiv überwacht, um sicherzustellen, dass Sie ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen wieder auf Ihr Stationszimmer gebracht werden können.

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Intensivmedizin

organisatorische Leitung der interdisziplinären Intensivstation

Teilnahme am Notarztdienst

Allgemein- und Regionalanästhesie

Notfallmedizin

Schmerztherapie

Sprechstunden: Montag - Freitag 09.30 - 13.00 Uhr

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	Nicht-Bettenführend

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

SCHMERZAMBULANZ

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit.

B-[16].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	29,17	28,76	0,41	1,17	28,00	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	16,91	16,50	0,41	1,17	15,74	0,0
Belegärztinnen und Belegärzte	0					0,0

Abkürzungen:

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

B-[16].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie
2	Neurologie

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Intensivmedizin
3	Notfallmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

B-[16].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	91,59	91,59	0,00	0,00	91,59	0,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,05	3,05	0,00	0,00	3,05	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	3,03	3,03	0,00	0,00	3,03	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege im Operationsdienst
4	Notfallpflege
5	Hygienefachkraft
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung
8	Casemanagement

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement <i>Das Krankenhaus hat ein zertifiziertes Schmerzmanagement mit einer freigestellten Pain Nurse (Schmerzschwester).</i>
8	Wundmanagement
9	Dekubitusmanagement
10	Sturzmanagement
11	Palliative Care
12	Atmungstherapie

B-[17] Klinik für diagnostische Radiologie

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt
Privatdozent Dr. med. Jens Rodenwaldt

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für diagnostische Radiologie
Straße:	Am Knappschaftskrankenhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	44309
Ort:	Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

Die Radiologische Klinik des Knappschaftskrankenhauses Dortmund bietet eine universitär ausgerichtete bildgebende Diagnostik und Interventionsverfahren an. Besonderen Wert legen wir auf gute Betreuung und persönliche Beratung unserer Patienten. Die Qualität unserer Patientenversorgung ist nach europäischen Richtlinien zertifiziert (KTQ-Qualitätsmanagement).

Unsere hochmoderne technische Ausstattung ist sehr wichtig. Doch eine klinische Abteilung steht und fällt mit den Menschen, die in ihr arbeiten:

Unsere Mitarbeiter sind Experten auf den unterschiedlichen Gebieten der diagnostischen Radiologie.

Ihr Dr. med. Jens Rodenwaldt mit dem Team der Klinik für Radiologie

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

(3751) Radiologie

B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Jens Rodenwaldt, Chefarzt
Telefon:	0231 922 1601
Fax:	0231 922 1649
E-Mail:	jens.rodenwaldt@klinikum-westfalen.de
Adresse:	Am Knappschafts Krankenhaus 1
PLZ/Ort:	44309 Dortmund
URL:	https://www.klinikum-westfalen.de/

B-[17].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-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

In der Regel hat der Sie zuweisende Arzt die notwendige Untersuchung mit Ihnen eingehend besprochen und Sie umfassend informiert. Bei Unklarheiten steht Ihnen unser freundliches und geschultes Personal gerne Rede und Antwort - zögern Sie nicht zu fragen. Die folgenden Links verschaffen Ihnen einen Überblick über die Voraussetzungen und Möglichkeiten der einzelnen Diagnoseverfahren.

Informieren Sie sich hier genauer über unser Leistungsspektrum:

Computertomographie

- CT des Herzen
- Virtuelle Koloskopie

Diagnostisches Brustzentrum

- Digitale Vollfeld-Mammographie
- Ambulante Vakuumsaugbiopsie

Kernspintomographie

- Mamma - MRT

Sonographie

Konventionelle Röntgenverfahren

Interventionelle Radiologie

- CT - gesteuerte Punktionen & Drainagen
- Gallenwegsdrainagen
- Intraarterielle Chemotherapie
- Nervenblockaden
- Radiofrequenztherapie
- TIPS
- Arterielle Verschlusskrankheit

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Mammographie

digitale Vollfeld-Mammographie (4363 Untersuchungen in 2008), stereotaktische Vakuumstanzbiopsie, stereotaktische Drahtmarkierungen (29 Untersuchungen in 2008)

Konventionelle Röntgenaufnahmen

Teleradiologie

Native Sonographie

hochauflösende Mamma-Sonographie, sonographische Vakuumstanzbiopsie, sonographische Drahtmarkierungen

Duplexsonographie

Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)

kompl. digitale Projektionsradiographie (PACS)

Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung

Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Computertomographie (CT), nativ

Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

Computertomographie (CT), Spezialverfahren

CT des Herzens, Virtuelle Koloskopie, CT-gesteuerte Punktion, Radiofrequenz-Ablation, spezielle Thorax-CTs für Gutachten im Rahmen beruflicher Staubbelastung

Arteriographie

Phlebographie

Magnetresonanztomographie (MRT), nativ

Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

Ganzkörperdarstellung, Gefäßdarstellung, MRT der Brust, MR-tomographische Drahtmarkierung, MR-tomographische Vakuumstanzbiopsie, MRT des Herzens, MRT des Dünndarms

Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung

Intraoperative Anwendung der Verfahren

Quantitative Bestimmung von Parametern

Spezialsprechstunde

Brustsprechstunde

Interventionelle Radiologie

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

entfällt

B-[17].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

entfällt

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Insgesamt wurden im Jahr 2017 über 3.504 Mammographien durchgeführt.

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	ANZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3167
2	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	1708
3	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	1579
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1548
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1496
6	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	876
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	873
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	601
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	548
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	499

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt

B-[17].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	14,53	14,53	0,00	1,56	12,97	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,33	6,33	0,00	1,56	4,77	0,0
Belegärztinnen und Belegärzte	0					0,0

Abkürzungen:

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

B-[17].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[17].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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[17].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Qualitätsmanagement

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:	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)
Fallzahl:	126
Dokumentationsrate (%):	99,2
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegonnen berechnet.

Leistungsbereich:	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)
Fallzahl:	14
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegonnen berechnet.

Leistungsbereich:	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)
Fallzahl:	14
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegonnen berechnet.

Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)
Fallzahl:	24
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegonnen berechnet.

Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)
Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegonnen berechnet.

Leistungsbereich:	Karotis-Revaskularisation (10/2)
Fallzahl:	40
Anzahl Datensätze:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegonnen berechnet.

Leistungsbereich:	Gynäkologische Operationen (15/1)
-------------------	-----------------------------------

Fallzahl:	172
Anzahl Datensätze:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Leistungsbereich:	Geburtshilfe (16/1)
Fallzahl:	584
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Leistungsbereich:	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)
Fallzahl:	192
Anzahl Datensätze:	17
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Leistungsbereich:	Mammachirurgie (18/1)
Fallzahl:	92
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Leistungsbereich:	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)
Fallzahl:	517
Anzahl Datensätze:	131
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)
Fallzahl:	505
Anzahl Datensätze:	36
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)
Fallzahl:	475
Anzahl Datensätze:	34
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung: HüftEndoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)
Fallzahl:	39
Dokumentationsrate (%):	102,6
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung (KEP)
Fallzahl:	288
Anzahl Datensätze:	20
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothesen (KEP_IMP)
Fallzahl:	271
Anzahl Datensätze:	20
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)
Fallzahl:	17
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Neonatologie (NEO)
Fallzahl:	9
Dokumentationsrate (%):	100

Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)
Fallzahl:	1012
Anzahl Datensätze:	318
Dokumentationsrate (%):	100,8
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Ergebnis-ID	54050
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	87,5 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	63,98 % - 96,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	16
Grundgesamtheit	16
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,3
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	97,16 % - 97,44 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Interne Schulungen der Dokumentare zur Qualitätssteigerung wurden durchgeführt.

2	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54016
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	1,5
	Referenzbereich	≤ 6.48 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,42 % - 1,54 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Nach interner Analyse konnten keine strukturellen Fehler erkannt werden.
3 Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,2
Referenzbereich	≤ 4.38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,23 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Nach interner Analyse konnten keine strukturellen Fehler erkannt werden.
4 Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle , für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	64,58 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	58,35 % - 70,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	155
Erwartete Ereignisse	240
Grundgesamtheit	240

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	93,2
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	93,08 % - 93,34 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Interne Schulungen der Dokumentare zur Qualitätssteigerung wurden durchgeführt.

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

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	32,64 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	25,52 % - 40,66 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	144
Grundgesamtheit	144
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	92,6
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	92,49 % - 92,79 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Nach interner Analyse konnten keine strukturellen Fehler erkannt werden.
6	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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	2,07
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	1,51 % - 2,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	16,41
Grundgesamtheit	260
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 1.98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Interne Schulungen der Dokumentare zur Qualitätssteigerung wurden durchgeführt.
7	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,15 %

8 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,1
Referenzbereich	≥ 95.00 %
Vertrauensbereich	98,88 % - 99,22 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Q 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)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,7
Referenzbereich	≥ 95.00 %
Vertrauensbereich	99,59 % - 99,82 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.86 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,07 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
11 Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,7
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,13 % - 98,24 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,2
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,69 % - 99,47 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich	≤ 2.80 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,22 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	Verhältnis tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,1
Vertrauensbereich	1 % - 1,29 %
15	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	3
Vertrauensbereich	2,63 % - 3,36 %

16	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	Ergebnis-ID	605
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	1,2
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,47 %

17	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID		606
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		2,4
Vertrauensbereich		1,73 % - 3,29 %

18	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
Ergebnis-ID		51445
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		2
Vertrauensbereich		1,53 % - 2,67 %

19	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID		51448
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		2,1
Vertrauensbereich		1,12 % - 3,98 %

20	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	51860
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	3,9
	Vertrauensbereich	3,2 % - 4,84 %

21	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind	
	Ergebnis-ID	161800
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	3
	Referenzbereich	≤ 5.00 %
	Vertrauensbereich	1,94 % - 4,57 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54033	
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C-Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0,88	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	—	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.16 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
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

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,14
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

24	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54046
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 3,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,01
Grundgesamtheit	17
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 2 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
	Ergebnis-ID	54030
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenanteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	11,1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	10,86 % - 11,36 %
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

26	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	17
Grundgesamtheit	17
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,9
Referenzbereich	≤ 5.44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,79 % - 2,01 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

27	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54001
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,6
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,58 % - 97,72 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	93,4
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,02 % - 93,72 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
	Ergebnis-ID	54003
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	10,3
Referenzbereich	≤ 15.00 %
Vertrauensbereich	10,11 % - 10,59 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,87 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	84,26 % - 99,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	32
Grundgesamtheit	32
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,3
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,4 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
31	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0,98</p>
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,39 % - 2,15 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>4</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>4,08</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>27</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesergebnis</p>	<p>1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,44 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,04 %</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>

32	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
Ergebnis-ID		54015
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		1,34
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		0,59 % - 2,75 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		5
Erwartete Ereignisse		3,72
Grundgesamtheit		34

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
33 Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	7
Referenzbereich	≤ 19.26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	6,59 % - 7,36 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 10,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	34
Grundgesamtheit	34

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	4,7
Referenzbereich	≤ 11.54 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,56 % - 4,9 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
35 Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	2,3
Referenzbereich	≤ 7.32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,21 % - 2,35 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,85
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,74 % - 4,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,16
Grundgesamtheit	34
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,04 %

38	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
	Ergebnis-ID	54013
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,04 % - 0,07 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

39	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		10271
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		42
Grundgesamtheit		42

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,06 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
40 Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	83,89 % - 100 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	20
Grundgesamtheit	20

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	98,05 % - 98,2 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
41	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	94,4
Referenzbereich	≥ 86.00 %
Vertrauensbereich	94,01 % - 94,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,4
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	97,17 % - 97,59 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54028
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 41,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
Grundgesamtheit	20
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich	≤ 4.95 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,17 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	3,8
Referenzbereich	≤ 10.40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,44 % - 4,11 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	20
Grundgesamtheit	20
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich	≤ 3.80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 0,99 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

46 Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Q</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	4,4
Referenzbereich	≤ 12,79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,09 % - 4,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	18
Grundgesamtheit	18
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

48	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig	
	Ergebnis-ID	54128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	52
Grundgesamtheit	52
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,8
Referenzbereich	≥ 98,27 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
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

49	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60685
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,02 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
50	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	20,1
Referenzbereich	≤ 44.70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,41 % - 20,84 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	88,6
Referenzbereich	≥ 74.11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	88,23 % - 88,88 %

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
52 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	3
Referenzbereich	≤ 6,19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,9 % - 3,12 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	10211	
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-G</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	-	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	7,8	
Referenzbereich	≤ 20.00 %	
Vertrauensbereich	7,35 % - 8,24 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

54	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen	
	Ergebnis-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich	≤ 4.18
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,19 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

55	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
----	--

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
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 Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 5.00 %
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,85 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,31 % - 98,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	308
Erwartete Ereignisse	318
Grundgesamtheit	318
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,8
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,73 % - 98,81 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
57	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	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,95 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,3 % - 98,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	286
Erwartete Ereignisse	295
Grundgesamtheit	295
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,8
Vertrauensbereich	98,79 % - 98,87 %

58	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	2007	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	95,65 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	79,01 % - 99,23 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	22	
Erwartete Ereignisse	23	
Grundgesamtheit	23	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	97,5	
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,81 %	

59	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist	
	Ergebnis-ID	202a
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	99,15 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	96,95 % - 99,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	233
	Erwartete Ereignisse	235
	Grundgesamtheit	235
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	96,5
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,41 % - 96,58 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

60 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	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,71 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,28 % - 99,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	230
Erwartete Ereignisse	233
Grundgesamtheit	233
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,7
Vertrauensbereich	98,62 % - 98,73 %

61	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	231900
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	13,38 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	9,83 % - 17,97 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	36
	Erwartete Ereignisse	269
	Grundgesamtheit	269
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	15,5
	Vertrauensbereich	15,35 % - 15,69 %
62	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,75 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,13 % - 98,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	298
Erwartete Ereignisse	308
Grundgesamtheit	308
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,8
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 96,82 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

63	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 (Dekubitalulcera 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		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0,74
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		25
Erwartete Ereignisse		33,69
Grundgesamtheit		4930

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,06 %
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
64 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	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,1
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,06 %
65	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	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,47 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,31 % - 0,7 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	4930
Grundgesamtheit	4930
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,3
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,33 %

66	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID		52010
Leistungsbereich		Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-C</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		4930
Grundgesamtheit		4930
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		0
Referenzbereich		Sentinel Event
Vertrauensbereich		0 % - 0 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

67	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
Ergebnis-ID		52240
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Qualitätsergebnis-ist-aufgrund-von-Anpassungen-der-Rechenregel-oder-Ein-bzw.-Ausschlusskriterien-der-zu-dokumentierenden-Fälle-in-dem-QS-Verfahren-nur-ingeschränkt-mit-den-Vorjahresergebnissen-vergleichbar.-Nähere-Informationen-zu-den-vorgenommenen-Anpassungen-können-der-Beschreibung-der-Qualitätsindikatoren-unter-folgendem-Link-entnommen-werden:-https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		-
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		0
Grundgesamtheit		0
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		7
Referenzbereich		Sentinel Event
Vertrauensbereich		4,04 % - 11,8 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		No 1 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		ingeschränkt/nicht vergleichbar

68	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID		232000_2005
Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes		EKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen		2005
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		96,65 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		93,76 % - 98,23 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		260
Erwartete Ereignisse		269
Grundgesamtheit		269
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		98,7
Vertrauensbereich		98,63 % - 98,73 %

69	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	232009_50722	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	EKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	96,17 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	93,09 % - 97,91 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	251	
Erwartete Ereignisse	261	
Grundgesamtheit	261	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	96,7	
Vertrauensbereich	96,63 % - 96,79 %	

70	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.	
	Ergebnis-ID	232010_50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	3,01
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	1,89 % - 4,45 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	4,65
	Grundgesamtheit	47
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesergebnis	1
	Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

71	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	232007_50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	2,28
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	1,75 % - 2,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	48
	Erwartete Ereignisse	21,05
	Grundgesamtheit	307
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	1
	Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

72	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).	
Ergebnis-ID	232008_231900	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	EKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	16,35 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	12,69 % - 20,81 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	52	
Erwartete Ereignisse	318	
Grundgesamtheit	318	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	17,1	
Vertrauensbereich	16,92 % - 17,2 %	

73	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	232006_2036	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	EKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	99 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	96,45 % - 99,73 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	199	
Erwartete Ereignisse	201	
Grundgesamtheit	201	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	98,6	
Vertrauensbereich	98,57 % - 98,71 %	

74

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
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/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	99,01 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,48 % - 99,73 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	201
Erwartete Ereignisse	203
Grundgesamtheit	203

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	95,9
Vertrauensbereich	95,77 % - 96 %

75	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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232001_2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	96,79 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	93,79 % - 98,36 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	241
	Erwartete Ereignisse	249
	Grundgesamtheit	249
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	98,7
	Vertrauensbereich	98,69 % - 98,8 %

76	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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232002_2007
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	95 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	76,39 % - 99,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	19
	Erwartete Ereignisse	20
	Grundgesamtheit	20
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	96,9
	Vertrauensbereich	96,41 % - 97,26 %

77 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	232003_2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	65,14 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	59,43 % - 70,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	185
Erwartete Ereignisse	284
Grundgesamtheit	284
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	83
Vertrauensbereich	82,89 % - 83,19 %

78	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232004_2013
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Um</p> <p>Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	33,08 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	25,58 % - 41,55 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	43
	Erwartete Ereignisse	130
	Grundgesamtheit	130
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	92,7
	Vertrauensbereich	92,52 % - 92,87 %

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

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

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das Knappschafts Krankenhaus Dortmund nimmt neben der gesetzlich geforderten Qualitätssicherung an weiteren freiwilligen Verfahren zur externen vergleichenden Qualitätssicherung teil.

Als Beispiele möchten wir auf folgende vergleichende Verfahren hinweisen:

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Leistungsbereich Schlaganfall

- Bezeichnung der Qualitätsindikatoren
 - Information der Patienten
 - Frühzeitige Rehabilitation (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
 - Antithrombotische Therapie
 - Frühzeitige Mobilisation
 - Durchführung bildgebender Verfahren
 - Hirngefäßdiagnostik
- Krankenhaussterblichkeit nach Schlaganfall
- Pneumonierate
- Screening für Schluckstörungen
- Anteil Patienten mit Bildgebung
- Frühe systemische Thrombolyse
- Messzeitraum
 - Jahresvergleiche

- Datenerhebung
- Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster

Qualitätssicherung Darmzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft Leistungsbereich Darmkrebs

- Bezeichnung der Qualitätsindikatoren, diverse Qualitätskennzahlen u.a.
- 95% postoperative Fallvorstellung in der Tumorkonferenz
- 10% aller Patienten sind in Studien einzubringen
- 50% Rücklaufquote bei Patientenbefragung
- Mind. 30 Primärfälle Kolon-Ca müssen pro Jahr operativ behandelt werden
- Rate Psychoonkologische Betreuung
- Messzeitraum
- Jahresvergleiche und Prüfung der Kennzahlen jährlich durch externe Fachexperten der Deutschen Krebsgesellschaft

Qualitätssicherung Prostatazentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft

Leistungsbereich Prostatakrebs

- Bezeichnung der Qualitätsindikatoren, diverse Qualitätskennzahlen u.a.
- 95% prätherapeutische Fallvorstellung in der Tumorkonferenz
- 10% aller Patienten sind in Studien einzubringen
- 50% Rücklaufquote bei Patientenbefragung
- Mind. 100 Primärfälle Prostata-Ca müssen pro Jahr behandelt werden
- Rate Psychoonkologische Betreuung
- Messzeitraum
- Jahresvergleiche und Prüfung der Kennzahlen jährlich durch externe Fachexperten der Deutschen Krebsgesellschaft

Qualitätssicherung Brustzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft

Leistungsbereich Brustkrebs

- Bezeichnung der Qualitätsindikatoren, diverse Qualitätskennzahlen u.a.
- 95% postoperative Fallvorstellung in der Tumorkonferenz
- 10% aller Patientinnen sind in Studien einzubringen
- 50% Rücklaufquote bei Patientenbefragung
- Mind. 100 Primärfälle Mamma-Ca müssen pro Jahr behandelt werden
- Rate Psychoonkologische Betreuung
- Messzeitraum
- Jahresvergleiche und Prüfung der Kennzahlen jährlich durch externe Fachexperten der Deutschen Krebsgesellschaft

Qualitätssicherung Schlaganfallbehandlung Nordwestdeutschland

Die "Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung Nordwestdeutschland" wird durch eine Kooperation zwischen der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kliniken der Akutversorgung und dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster getragen. Im Deutschen Schlaganfall Register (ADSR) werden Patientenverläufe dokumentiert, die Qualität der akutstationären Versorgung wird zwischen den teilnehmenden Kliniken kontinuierlich, mittels standardisiert entwickelter Qualitätsindikatoren, verglichen.

Primäres Ziel der Datenbank ist die Qualitätssicherung der Schlaganfallbehandlung in den beteiligten Kliniken auf der Grundlage einer standardisierten Dokumentation. Diese ist modular aufgebaut und besitzt dadurch auch die Option, wissenschaftliche Fragestellungen zum Schlaganfall zu bearbeiten. Die Teilnahme an der Datenbank ist freiwillig.

Als Qualitätsindikatoren werden in einem Kennzahlenkatalog unter anderem erfasst:

- Information von Patient(inn)en und Angehörigen
- Frühzeitige Rehabilitation (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
- Frühzeitige Mobilisierung
- Anteil der Patienten mit Bildgebung
- Screening für Schluckstörungen
- Frühe systemische Thrombolyse

Teilnahme am Endoprothesenregister (EPRD) Deutschland

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

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

Durch die kontinuierliche Dokumentation, Analyse und Bewertung der erfassten Leistungen erfolgt eine Sicherstellung der Behandlungsqualität.

Als Qualitätsindikatoren werden in einem Kennzahlenkatalog unter anderem erfasst:

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

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

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	182
Begründung:	

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	8
Begründung:	MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	15
Begründung:	

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	182
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	146
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja

Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	15
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	17
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	8
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	11
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	116
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	35
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	34

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

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

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	IMC
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	IMC
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station B2
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station B2
Schicht:	Nachtschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station A6
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station A6
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station C2
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	OP-nahe Überwachungsstation, nur Tagschichten an Werktagen

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station C2
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	OP-nahe Überwachungsstation, nur Tagschichten an Werktagen

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station AE
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	0
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station AE

Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	0
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Ebene 4
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Ebene 4
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station BE
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Station war bis 06.01.2020 geschlossen
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station BE
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Erläuterungen:	Station war bis 06.01.2020 geschlossen
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B3
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B3

Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	50
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B6
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B6
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	50
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	IMC
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	IMC
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station FU
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station FU
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100

Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie Schlaganfalleinheit
Station:	Stroke Unit
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	0
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie Schlaganfalleinheit
Station:	Stroke Unit
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	0
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Intensivstation 1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	96,71

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Intensivstation 1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	98,12

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	IMC
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	69,57

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	IMC
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	71,74

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station B2
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	68,33

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station B2
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	91,67
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station A6
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station A6
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	90
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station C2
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Erläuterungen:	OP-nahe Überwachungsstation, nur Tagschichten an Werktagen
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station C2
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	0
Erläuterungen:	OP-nahe Überwachungsstation, nur Tagschichten an Werktagen
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station AE
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	6,67
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station AE
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	21,67

Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Ebene 4
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	75
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Ebene 4
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	61,67
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station BE
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	92,73
Erläuterungen:	Station war bis 06.01.2020 geschlossen
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station BE
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	91,07
Erläuterungen:	Station war bis 06.01.2020 geschlossen
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B3
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	93,33
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B3
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	26,67
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B6
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	78,33
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station B6

Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	IMC
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	IMC
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station FU
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	98,33
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station FU
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	90
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie Schlaganfalleinheit
Station:	Stroke Unit
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	61,67
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie Schlaganfalleinheit
Station:	Stroke Unit
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	30

D-1 Qualitätspolitik

Selbstverständnis

- Aus dem historischen Auftrag erwachsen, haben wir uns zu einem modernen und zukunftsorientierten Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung entwickelt.
- Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Mensch, unabhängig von religiöser, gesellschaftlicher und ethnischer Zugehörigkeit.

- Der Umgang mit unseren Mitmenschen basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen.

Patient - Kunde - Partner

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

Qualität

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

Zusammenarbeit und menschlicher Umgang

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

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

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

Wegweisend und Impulsgebend in der Region

Wir - in unserer Region

Wir sind ein zukunftsorientiertes Dienstleistungsunternehmen und stehen für kompetente, mitmenschliche Medizin im östlichen Ruhrgebiet. Unser Anliegen ist es, mit Spitzenleistungen sowohl zu gesundheitlichen Versorgung der

örtlichen Bevölkerung beizutragen, als auch überregional Akzente zu setzen und eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zu pflegen.

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

Wir - für Individualität und Qualität

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

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

Diese Qualitätsansprüche erfüllen wir durch Fachkompetenz, Leistungsorientierung und die stetige Optimierung unserer Arbeitsabläufe.

Wir - für den würdigen Umgang mit den Menschen

Im Umgang mit dem Patienten wahren wir Würde und Intimität und schützen das Vertrauensverhältnis. Dies basiert auf gegenseitiger Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen. Menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten und deren Angehörigen ist für uns selbstverständlich.

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

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

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

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

Wir - für die Zukunft

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

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

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

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

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

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsmanagements zählen:

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

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

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

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

Informationswesen und Schulungen

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

Interne Auditinstrumente

Im Audit wird durch Begehung vor Ort die Umsetzung der Arbeitsprozesse und deren Qualität überprüft. Im 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 einmal im Jahr und zusätzlich bei Bedarf durch Qualitätszirkel. In diesen entscheiden die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gemeinsam, ob der Pfad in seiner bisherigen Form beibehalten werden kann oder verändert werden muss. Grundlage bildet dabei die aktuelle Fachliteratur mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und die mit dem jeweiligen Pfad gemachten praktischen Erfahrungen. Dadurch wird eine gut organisierte Behandlung nach aktuellem Stand der Wissenschaft sichergestellt. Die Anwendung der Pfade wird täglich während der ärztlichen und pflegerischen Visiten kontrolliert. Dabei wird am Patient überprüft, ob alle notwendigen Maßnahmen getroffen wurden und ob zusätzliche Diagnostik und Therapie notwendig ist.

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

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

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

Unverzichtbares Instrument des 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 organisiert sind beispielsweise die Bereiche Hygiene, Medizincontrolling, Transfusionswesen, Brand- und Katastrophenschutz, Arbeitssicherheit, Gefahrstoffe, Umweltmanagement und Datenschutz.

Beschwerdemanagement

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

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

Patientensicherheit

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

Klinische Konferenzen

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

Befragungen

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

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

Maßnahmen zur Patienten-Information und Aufklärung

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

Wartezeitenmanagement

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

externe Befragungen

interne Befragungen

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

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

Gremien & Kommissionen

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

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

Folgende Beauftragte sind u.a. weiterhin benannt:

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

Projekt

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

Hintergrund

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

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

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

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

Evaluation und Zielerreichung

Die Evaluation der Zielerreichung im Onkologischen Zentrum erfolgt über

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

Projekt

Aufbau eines qualitätszertifizierten Prostatazentrums.

Hintergrund

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

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes bis zur Qualitätszertifizierung:

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

9. Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsstrukturen zum Prostatazentrum

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung im Prostatazentrum erfolgt über:

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

Projekt

Patientensicherheit

Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern für alle stationären Patienten.

Hintergrund

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

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

Ziel

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen erfolgen im Verlauf des Projektes:

1. Aufbau einer berufsübergreifenden Arbeitsgruppe
2. Entwicklung eines Konzeptes 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 Ausgestaltung
 2. Erreichung eines guten Ergebnisses der Selbstbewertung in den Bereichen Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Information und Dokumentation, Führung und Qualitätsmanagement
 3. Umsetzung der ermittelten Verbesserungspotentiale
 4. Zertifizierte Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus durch den BVKD auf Grundlage QMKD (Qualitätsmanagement Klinischer Diabetes - Einrichtungen) auf der Basis der QMKD - Manuals inkl. QMKD - Katalog in der Version 5.2.2. Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (Stufe 2)
- Maßnahmen und Umsetzung:
1. Entwicklung eines QM - Handbuchs
 2. Entwicklung eines Leitbildes
 3. Formulierung von Qualitätszielen
 4. Strategieplanung
 5. Durchführung der Selbstbewertung im Team
 6. Erstellen von Maßnahmenplänen zur Erfassung und Planung der Verbesserungspotentiale
 7. Einleitung von Verbesserungen (Räume, Weiterbildung, Fortbildung...)
 8. Auditierungen

Evaluation und Zielerreichung

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

Projekt

Aufbau einer Schlaganfalleinheit (regionale Stroke Unit).

Hintergrund

Im Knappschaftskrankenhaus Dortmund werden seit vielen Jahrzehnten Patienten mit einem Schlaganfall akut behandelt. Zunehmend hat die Versorgung von Schlaganfallpatienten in den letzten Jahren eine Spezialisierung durch neurologischen Kliniken erfahren, was zum bundesweiten Aufbau von stationären Schlaganfallspezialeinheiten (Stroke Units) in Krankenhäuser 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 Patienten mit einem Schlaganfall versorgt werden muß. Da das

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

Ziele

Folgende Ziele wurden definiert:

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

Maßnahmen und Umsetzung

Folgende Maßnahmen wurden im Verlauf des Projektes erarbeitet und implementiert:

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

Evaluation und Zielerreichung

Eine Evaluation der Zielerreichung erfolgt über:

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

Über die oben dargestellten Projekte hinaus wurden viele weitere spezifische und interdisziplinäre Projekte im Knappschaftskrankenhaus durchgeführt und über Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel eingeführt. An dieser Stelle möchten wir auf die Arbeitsgruppen zum Entlassungsmanagement, Eingriffsverwechselungen im OP, Gestationsdiabetets, Sturzprophylaxe, Wundmanagement, Einarbeitung neuer Beschäftigter, Wegeleitsystem, Elternschule, Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung, Umweltmanagement, Ethik, Enterale Ernährung, Pfllegetätigkeiten, Krankenhausinformationssystem, Qualitätssicherung, Lungenzentrum, Stroke Unit und Brustzentrum hinweisen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Selbstbewertung und Fremdbewertung nach KTQ und Diabetes

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

Im November 2016 wurden alle vier Standorte (Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinik am Park Lünen, Hellmig-Krankenhaus Kamen und Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund) in einer Verbundzertifizierung erfolgreich nach den strengen Kriterien der KTQ® zertifiziert.

Bewertet werden die sechs Kategorien:

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

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

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

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

Bewertung des Qualitätsmanagements in den Organzentren

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

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

Bewertung der Qualität durch interne Audits

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

Das Qualitätsmanagement und Beauftragte erstellen für dieses Audit einen auf die

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

Bewertung durch Zertifizierungen und externe Audits

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

Bewertung durch Vergleiche mit anderen Einrichtungen

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