

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

2023

Standort Eickel



Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	8
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	9
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	10
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	12
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	12
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	15
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	16
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	16
A-9	Anzahl der Betten	16
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	17
A-11.2	Pflegepersonal	18
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	20
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	22
A-12.1	Qualitätsmanagement	22
A-12.1.1	Verantwortliche Person	23

A-12.1.2	Lenkungsgremium	23
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	25
A-12.2.1	Verantwortliche Person	25
A-12.2.2	Lenkungsgremium	26
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	27
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	28
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	30
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	31
A-12.3.1	Hygienepersonal	32
A-12.3.1.1	Hygienekommission	32
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	33
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	34
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	35
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	36
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	37
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	38
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	39
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	40
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	42
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	42
A-12.5.2	Verantwortliche Person	42
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	43
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	43
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	45
A-13	Besondere apparative Ausstattung	46

A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	.....	47
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe		47
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	.....	47
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	.....	48
B-[0800]	Pneumologie		48
B-[0800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		48
B-[0800].1.1	Fachabteilungsschlüssel		48
B-[0800].1.2	Ärztliche Leitung		48
B-[0800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	48
B-[0800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	49
B-[0800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		49
B-[0800].6	Hauptdiagnosen nach ICD		50
B-[0800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		52
B-[0800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		54
B-[0800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	54
B-[0800].11	Personelle Ausstattung		55
B-[0800].11.1	Ärzte und Ärztinnen		55
B-[0800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	55
B-[0800].11.1.2	Zusatzweiterbildung		55
B-[0800].11.2	Pflegepersonal		56
B-[0800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	58

B-[0800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	58
B-[1600]	Unfallchirurgie u. Orthopädie	.....	59
B-[1600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	59
B-[1600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	59
B-[1600].1.2	Ärztliche Leitung	.....	59
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	59
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	60
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	60
B-[1600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	61
B-[1600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	62
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	62
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	.....	63
B-[1600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	63
B-[1600].11.2	Pflegepersonal	.....	64
B-[1600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	65
B-[1600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	65
B-[2000]	Thoraxchirurgie	.....	66
B-[2000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	66
B-[2000].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	66
B-[2000].1.2	Ärztliche Leitung	.....	66
B-[2000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	66
B-[2000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	67
B-[2000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	67

B-[2000].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[2000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	70
B-[2000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	72
B-[2000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	73
B-[2000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	73
B-[2000].11	Personelle Ausstattung	74
B-[2000].11.1	Ärzte und Ärztinnen	74
B-[2000].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	74
B-[2000].11.1.2	Zusatzweiterbildung	74
B-[2000].11.2	Pflegepersonal	75
B-[2000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	77
B-[2000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	77
B-[3700]	Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin	78
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	78
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	78
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung	78
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	79
B-[3700].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	79
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	79
B-[3700].11	Personelle Ausstattung	80
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen	80
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	80
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung	80

B-[3700].11.2	Pflegepersonal	80
B-[3751]	Radiologie	81
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	81
B-[3751].1.2	Ärztliche Leitung	81
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	82
B-[3751].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[3751].11	Personelle Ausstattung	84
B-[3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen	84
B-[3751].11.2	Pflegepersonal	84
C	Qualitätssicherung	85
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	85
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	85
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	88
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	88
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	111
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	112
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	112
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	112
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	112
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung	113

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	.....	113
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	114
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		114
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		114
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	115

Einleitung

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Olaf Walter
Telefon	02323 498 2401
Fax	02323 46375
E-Mail	sekretariat@evkhg-herne.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Controlling
Titel, Vorname, Name	Diplom-Ökonom Andreas Jacoby
Telefon	02323 498 2414
Fax	02323 46375
E-Mail	a.jacoby@evkhg-herne.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses <http://www.evk-herne.de>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Ev. Krankenhaus Herne gGmbH
PLZ	44623
Ort	Herne
Straße	Wiescherstraße
Hausnummer	24
IK-Nummer	260590505
Standort-Nummer	771999000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	02323
Telefon	4980
E-Mail	info@evk-herne.de
Krankenhaus-URL	http://www.evk-herne.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Evangelisches Krankenhaus Herne - Standort Eickel

PLZ	44651
Ort	Herne
Straße	Hordeler Str.
Hausnummer	7-9
IK-Nummer	260590505
Standort-Nummer	771999000
Standort-Nummer alt	2
Standort-URL	http://www.evk-herne.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name	Danh Vu
Telefon	02323 498 2411
Fax	02323 498 2480
E-Mail	d.vu@evk-herne.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dipl.Oec. Erich Hecker
Telefon	02323 498-9 2212
Fax	02323 498-9 2229
E-Mail	e.hecker@evk-herne.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Beate Schlüter
Telefon	02323 498 2101
Fax	02323 498 2102
E-Mail	b.schlueter@evkhg-herne.de

Leitung des Standorts

Evangelisches Krankenhaus Herne - Standort Eickel - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name	Danh Vu
Telefon	02323 498 2411
Fax	02323 498 2480
E-Mail	d.vu@evk-herne.de

Evangelisches Krankenhaus Herne - Standort Eickel - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dipl.Oec. Erich Hecker
Telefon	02323 498-9 2212
Fax	02323 498-9 2229
E-Mail	e.hecker@evk-herne.de

Evangelisches Krankenhaus Herne - Standort Eickel - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Beate Schlüter
Telefon	02323 498 2101
Fax	02323 498 2102
E-Mail	b.schlueter@evk-herne.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne |
Castrop-Rauxel gGmbH

Träger-Art freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universität Essen-Duisburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
3	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden Palliativstation
4	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
5	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
6	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
7	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
8	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
9	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
10	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
11	MP21 - Kinästhetik
12	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
13	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
14	MP25 - Massage
15	MP26 - Medizinische Fußpflege
16	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
17	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
18	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
19	MP37 - Schmerztherapie/-management
20	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
21	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
22	MP45 - Stomatherapie/-beratung
23	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
24	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
25	MP51 - Wundmanagement
26	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
27	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
28	MP63 - Sozialdienst
29	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen Selbsthilfe bei Hypophysenerkrankungen e.V.; Diabetiker-Stammtisch EvK Herne; Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.; Hepatitis-Selbsthilfegruppe Herne; Selbsthilfegruppe für Schlaganfallpatienten Adipositas-Selbsthilfegruppe; Selbsthilfegruppe Aneurysma http://www.evk-herne.de/index.php?id=456
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	NM40: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
4	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
5	NM05: Mutter-Kind-Zimmer
6	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
7	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
8	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
9	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
10	NM02: Ein-Bett-Zimmer

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachkraft für Eingliederungsmanagement/CDMP Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Andreas Spieker
Telefon	02323 498 2319
Fax	02323 498 2363
E-Mail	a.spieker@evk-herne.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
3	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
7	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
8	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
9	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
10	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
11	BF24 - Diätetische Angebote
12	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal z.B. Russisch, Englisch, Türkisch
13	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	FL09 - Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
3	HB06 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin
4	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) Ausbildung im Ausbildungsverbund mit der Augusta-Krankenanstalt Bochum
5	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) Ausbildung im Ausbildungsverbund mit der Augusta-Krankenanstalt Bochum
6	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin in Kooperation mit dem Kirchlichen Gesundheitszentrum für Gesundheitsberufe in Gelsenkirchen
7	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 135

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	4030
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	5166
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 33,73

Beschäftigungsverhältnis	Mit	33,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,65	Stationär	33,08

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 22,71

Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,65	Stationär	22,06

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 93,21

Beschäftigungsverhältnis	Mit	93,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,78	Stationär	91,43

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 7,78

Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,78	Stationär	6

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 7,15

Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,15

Pflegefachfrauen B. Sc. und Pflegefachmänner B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt 0,75

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt 5,72

Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,72

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt 9,17

Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,17

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 2,1

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,1

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt 1,91

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,03	Stationär	1,88

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt 0,56

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,56

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt 0,57

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,57

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt 0,18

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,18

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt 1,99

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,99

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt 0,68

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,01	Stationär	0,67

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt 1,27

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,03	Stationär	1,24

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt 0,13

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
--------------------------	-----	------	------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,13

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt 0,89

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,89	Ohne	0
--------------------------	-----	------	------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,89

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt 1,62

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,62	Ohne	0
--------------------------	-----	------	------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 1,62

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt 1,46

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,46	Ohne	0
--------------------------	-----	------	------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0,23 **Stationär** 1,23

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

In der Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH ist ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagementsystem etabliert, in das auch das Hygienemanagement sowie das Arbeitsschutzmanagement integriert ist. Alle Standorte sind nach DIN EN ISO 9001 sowie MAAS BGW (Anforderungen der Norm für die Arbeitssicherheit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) zertifiziert.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement der Ev. Krankenhausgemeinschaft wird als Aufgabe der obersten Leitung angesehen und ist in der Geschäftsführung verankert. Es ist seit vielen Jahren fester Bestandteil unserer Unternehmenskultur.

Ziel ist es, durch ein integriertes Qualitätsmanagementsystem die nachhaltige Optimierung von Prozessen und Ergebnissen zu erreichen, um sowohl für Patienten als auch für Mitarbeitende, sichere Abläufe zu gewährleisten und ihre Zufriedenheit sicher zu stellen.

Alle Vorgaben des QM-Systems sind zentral und jederzeit für alle Mitarbeitenden zugänglich in einem digitalen QM-Handbuch hinterlegt. Dazu gehören Regelungen sowohl für administrative als auch für medizinische und pflegerische Prozesse.

Wir stellen uns regelmäßig internen (z.B. Begehungen, Interne Audits, Mitarbeiterbefragungen) als auch externen (z.B. ISO 9001-Zertifizierung, Zertifizierungen der Fachgesellschaften, Patientenbefragung, Beschwerdemanagement) Überprüfungsmechanismen. So stellen wir sicher, dass die Prozesse dem aktuellen Stand der Wissenschaftlich sowie gesetzlichen und behördlichen Vorgaben entsprechen und wir uns kontinuierlich zum Wohle der Patienten und Mitarbeitenden – und auch unter wirtschaftlichen Aspekten - weiterentwickeln.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Silke Hansen
Telefon	02302 175 2282
Fax	02302 175 2010
E-Mail	s.hansen@evkhg-herne.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Übergeordnet verantwortlich für das Qualitätsmanagement in der Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH ist die Geschäftsführung. Aufgaben, Rechte und Pflichten der Geschäftsführung hinsichtlich des Qualitätsmanagements sind:

- Strategische Vorgaben zum Qualitätsmanagement
- Schaffung von funktionsfähigen Strukturen für das Qualitätsmanagement
- Entscheidung über und Beauftragung von QM-Projekten und QM-Maßnahmen
- Vetorecht in Bezug auf relevante Entscheidungen

Als oberstes QM-Gremium für alle Standorte der Ev. Krankenhausgemeinschaft ist die abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Qualitätskommission eingerichtet. Diese wird durch die Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement geleitet. Sie koordiniert auf strategischer Ebene alle Maßnahmen. Termine werden für das ganze Jahr im Voraus geplant, eine feste Tagesordnung ist etabliert, die um aktuelle Themen ergänzt wird. Ergebnisse werden strukturiert protokolliert. Die gefassten Beschlüsse der Qualitätskommission und die sich daraus ergebenden Maßnahmen sind nach Freigabe durch die Geschäftsführung für alle Mitarbeitenden bindend. Die Arbeit der Qualitätskommission ist in einer Geschäftsordnung geregelt.

Wesentliche Aufgaben der Qualitätskommission sind:

- Festlegung der strategischen Ausrichtung des Qualitätsmanagements
- Initiierung und Steuerung von qualitätsrelevanten Maßnahmen in allen Krankenhausbereichen, Priorisierung von QM-Maßnahmen
- Beratung und Bewertung der Qualitätspolitik und -ziele
- Beratung und Bewertung der Ergebnisse der internen Qualitätssicherung (z.B. Befragungen, Interne Audits, Zentrumszertifizierungen)
- Abstimmung von Regelungen (z.B. Verfahrensanweisungen, Konzepten, etc.) für das QM-Handbuch
- Steuerung und Überprüfung der Arbeit der Abteilung QM und der Qualitätsverantwortlichen der Abteilungen
- Überwachung der Projektergebnisse im Sinne eines Projektcontrollings
- Multiplikatoren des Qualitätsmanagements
- Weiterleitung von QM-Entscheidungen an die nachgeordneten Bereiche

In allen Abteilungen und Bereichen sind Qualitätsverantwortliche benannt, die im engen Austausch zur Abteilung Qualitätsmanagement stehen und durch diese z.B. durch Newsletter und QM-Sprechstunden informiert und unterstützt werden.

Wesentliche Aufgaben der Qualitätsverantwortlichen sind:

- Erstellung und Aktualisierung der eigenen Abteilungshandbücher
- Information der Mitarbeitenden über QM-relevante Themen (Multiplikatoren)
- Umsetzung von QM-relevanten Maßnahmen in der eigenen Abteilung

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

Qualitätskommission bestehend aus jeweils einem Vertreter der Geschäftsführung, der Chefärzte, der Pflegedirektion, der Verwaltungsdirektion, der MAV sowie der Leitung Qualitätsmanagement

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Das klinische Risikomanagement ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems der Ev. Krankenhausgemeinschaft.

Zielsetzung des klinischen Fehler- und Risikomanagements ist es, Risiken der Patientenversorgung, technische Risiken, betriebswirtschaftliche und personelle Risiken zu erkennen, sie zu bewerten und geeignete Maßnahmen zu ihrer Vermeidung oder Reduzierung umzusetzen.

Unter dem zentralen „Klinischen Risikomanagement“ werden alle Instrumente verstanden, die durch die Risikokommission koordiniert werden.

Dazu gehören:

- Patientensicherheit (z.B. zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen)
- Elektronisches Erfassungssystem zur Meldung von Beinahefehlern (CIRS) und Fehlern
- systematische Bewertung von klinischen und wirtschaftlichen Risiken
- Meldung besonderer Vorkommnisse
- Schadensfallmanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Diverse Begehungen, z.B. Hygiene, Arbeitsschutz, Apotheke, QM
- Weitere Instrumente wie Dokumentationsprüfung, Pflichtschulungen, OP-Sicherheitschecklisten
- Fallkonferenzen,
- M&M-Konferenzen (Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen)
- Komplikationsstatistik
- weitere qualitätsrelevante Daten
- Managementbewertung

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement
verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Verantwortlich für Aufbau und Entwicklung des klinischen Risikomanagements ist die Geschäftsführung. Für die Ausführung der steuernden Maßnahmen sind das QM / der Risikobeauftragte, die Betriebsleitungen sowie die jeweiligen Klinik- und Abteilungsleitungen zuständig. Die hausübergreifende Risikokommission ist das oberste beratende Gremium zu den Belangen des Risikomanagements und koordiniert alle Maßnahmen.

Wesentliche Aufgaben der Risikokommission sind:

- Konzeption und Vorschlag von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur für Patienten- und Mitarbeitende und zur Risikominimierung sowie Schadensvermeidung
- Veranlassung von Risikoanalysen und Bewertung von Risiken
- Beratung und Bewertung von eingetretenen Patientenschäden
- Vorschlag zur Weiterentwicklung des CIRS-Meldesystems

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

Risikokommission bestehend aus einem Vertreter der Geschäftsführung, den Betriebsleitungen der Krankenhäuser, (Ärztlicher Direktor bzw. Vertretung, Pflegedirektorin, Verwaltungsdirektor), ein Mitglied der MAV, Risiko-, Datenschutzbeauftragter und der Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement.

Tagungsfrequenz des Gremiums

halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
1	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: EvKHG kompakt (Zusammenfassung QM-Handbuch) inkl. Verfahren und Regelungen, arbeitsschutzrechtliche Aspekte, klinisches Risikomanagement. Letzte Aktualisierung: 25.10.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Alarmierung REA Team sowie diverse mitgeltende Verfahrensweisungen und Dokumente Letzte Aktualisierung: 20.06.2022
	RM05: Schmerzmanagement
5	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept Schmerztherapie mit div. Mitgeltenden Regelungen, Formularen und Patienteninformationen. Letzte Aktualisierung: 01.02.2024
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe, Checkliste Pflegequalitätsermittlung Letzte Aktualisierung: 20.04.2023
	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
7	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe, Checkliste Pflegequalitätsermittlung Dekubitus, Bestellung / Abmeldung Antidekubitus Spezialmatratzen Letzte Aktualisierung: 08.07.2022
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitlinie Fixierung und mitgeltende Dokumente Letzte Aktualisierung: 03.02.2022
	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
9	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Vorkommnisse Medizingeräte / Produkte Medizintechnik Letzte Aktualisierung: 28.09.2021
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
13	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Statut und mitgeltende Dokumente Letzte Aktualisierung: 06.12.2021

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Statut und mitgeltende Dokumente Letzte Aktualisierung: 06.12.2021
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Vermeidung von Eingriffsverwechslungen Letzte Aktualisierung: 19.04.2022
16	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AWR-Konzept Anästhesiepflege Letzte Aktualisierung: 20.06.2023
17	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Entlassungsmanagement gem. §39 SGB V mit diversen mitgeltenden Verfahrens- und Arbeitsanweisungen Letzte Aktualisierung: 04.07.2023

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☒ Tumorkonferenzen
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☒ Pathologiebesprechungen
- ☒ Palliativbesprechungen
- ☒ Qualitätszirkel
- ☒ Andere: tägl. interdisziplinäre Zentrenbesprechung, Thoraxkonferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 21.09.2022
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: quartalsweise
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: jährlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse
regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

wöchentlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw.
sonstige konkrete Maßnahmen zur
Verbesserung der Patientensicherheit

Die Maßnahmen werden in der Risikokommission oder
Qualitätskommission besprochen und Verantwortliche
für die Umsetzung hinterlegt.

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	EF06: CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

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

Die Hygienekommission tagt halbjährlich.

Der Hygienekommission gehören an:

- Krankenhaushygieniker
- Ärztliche Direktoren/-innen der Standorte als hygieneverantwortliche Ärzte/Ärztinnen
- Mitglied der Geschäftsführung
- Verwaltungsdirektoren/-innen bzw. Verwaltungsleiter
- Pflegedienstdirektor/-in EvKHG einschließlich Pflegedienstleitung EvK Witten
- Hygienefachkräfte
- Ltd. Apotheker/-in EvKHG einschließlich EvK Witten
- Beratender Arzt/Ärztin für Mikrobiologie

Der Vorsitzende der Hygienekommission und die weiteren Mitglieder werden durch die Geschäftsführung der Krankenhausgemeinschaft berufen.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 3

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 8

Erläuterungen mit Zentralen Funktionsdiensten

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Vorsitzender / Krankenhaushygieniker

Titel, Vorname, Name Dr. med. Uwe Werfel

Telefon 02323 498-9 2725

Fax 02323 498-9 2227

E-Mail u.werfel@evkhg-herne.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Die Hygieneabteilung der Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH wurde in das Tochterunternehmen ZED gGmbH ausgegliedert.

Die Hygienekommission findet Standortübergreifend auf Ebene der Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH statt. Die hier getroffenen Regelungen sowie Informationen aus der Sitzung werden Standort- und Berufsgruppenspezifisch in sogenannten Hygienezirkeln an die jeweiligen Hygienebeauftragten transportiert.

Die Dienstvereinbarung Personalhygiene regelt alle hygienerelevanten Themen inkl. Berufs- und Schutzkleidung für alle Mitarbeitenden. Des Weiteren regelt die Betriebsanweisung nach der Biostoffverordnung und dem IfSG die Erkennung, Vermeidung und Verhütung sowie Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, sowie die Entwicklung, Sicherung und Förderung der Hygienequalität bei Patienten*innen und Mitarbeitenden.

Eine Pflichtunterweisung zur Hygiene für Mitarbeitende mit Patientenkontakt findet regelmäßig statt.

Die EvKHG nimmt an nachfolgenden KISS-Modulen (KISS = Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) teil.

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS

Die Daten aus den KISS-Modulen werden in der Hygienekommission, in den Hygienezirkeln und allen Stationen vorgestellt.

Hygiene- und Desinfektionspläne liegen vor und sind für alle Mitarbeiter im Intranet (QM-Handbuch) aktuell verfügbar.

Der quartalsmäßige Desinfektionsmittelverbrauch pro Station/Bereich wird gemessen, dokumentiert und mit Referenzwerten des NRZ verglichen und den Ärztlichen Direktoren sowie der Geschäftsführung übermittelt.

Die Hygieneabteilung der ZED gGmbH führt jährlich wiederholt protokollierte Begehungen der Risikobereiche und Stationen durch. Erforderliche Maßnahmen werden eingeleitet und bei Folgebegehungen überprüft.

Eine hauseigene Leitlinie sowie systematische Maßnahmen zur Händedesinfektion liegen vor und sind für alle Mitarbeitenden im Intranet (QM-Handbuch) aktuell verfügbar.

Das Krankenhaus nimmt aktiv an der "Aktion Saubere Hände" (ASH), dem MRE - Netzwerk NRW und teil. Im Rahmen der ASH-Teilnahme hat das Krankenhaus das Bronze-Zertifikat 2018/2019 erreicht.

Auf Grund der Pandemie war eine Siegelbestätigung nicht durchführbar.

Bei allen stationären Patienten wird ein strukturiertes MRSA Aufnahmescreening durchgeführt. Ein risikoadaptiertes MRGN-Aufnahmescreening wird gemäß RKI-Empfehlung in allen Bereichen durchgeführt.

Stationäre Patienten mit festgestelltem oder bekannten MRE werden in Abhängigkeit des Erregers und Risikobereichs gegebenenfalls isoliert.

Über meldepflichtige Infektionen nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird die Hygieneabteilung mittels Eintrag im Krankenhaus Informationssystem (KIS) in Kenntnis gesetzt. Diese leitet weitere Schritte nach den gesetzlichen- und behördlichen Vorgaben ein. Infektiöse Patientenzimmer werden mit einem Aushang gekennzeichnet. Angehörige und Besucher müssen spezielle Schutzmaßnahmen einhalten. Hinsichtlich der Schutzmaßnahmen erfolgt vor Patientenkontakt eine Einweisung durch das Pflegepersonal.

Jährlich werden Resistenzstatistiken nach RKI-Vorgaben für alle relevanten resistenten Erreger erstellt und für alle Mitarbeiter im Intranet veröffentlicht.

Ein ABS-Team mit der Zielsetzung einer programmatischen, und nachhaltigen Verbesserung sowie Sicherstellung einer rationalen Antiinfektivaverordnungspraxis ist etabliert. Die Empfehlungen der interdisziplinären AWMF S3-Leitlinie "Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus" werden umgesetzt.

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

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur
Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle
lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die
Geschäftsführung oder die
Arzneimittelkommission oder die
Hygienekommission autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl

Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch
wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 42

Intensivstationen

Angabe des
Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf
allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 222

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	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

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen Die Daten aus den KISS-Programmen werden in der Hygienekommission, in den Hygieneausschüssen und allen Stationen vorgestellt und sind im QM-Handbuch hinterlegt.
2	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-Netzwerk NRW
3	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat) Ja, seit 2008
4	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich Aufbereitung in der AEMP (ZSVA gGmbH), jährliche Validierung von Sterilisatoren, RDG´s und Siegelgerät Jährliche mikrobiologische Überprüfung der flexiblen Endoskope , RDGE und RDG´s
5	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich Prävention nosokomialer Infektionen, Schwerpunkt: Device-assoziierte Infektionsprävention: gefäßkatheter-, beatmungs-, katheter-assoz. Harnwegsinfektionen Fortbildungen von Hygienefachkräften, hygienebeauftragte Ärzten und InHouse Ausbildung Pflegekräften jährl.

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

- ☒ CDAD-KISS
- ☒ HAND-KISS
- ☒ ITS-KISS
- ☒ MRSA-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Ein Konzept für das Beschwerde-/Meinungsmanagement liegt vor und ist seit Jahren etabliert.
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Ein Konzept unabhängige Patientenbeschwerdestelle liegt vor Die Patientenbeauftragten (-fürsprecher) nehmen Lob und Beschwerden der Patienten entgegen, sie beantworten Fragen (z.B. bezüglich der Rechte eines Patienten) und versuchen bei Problemen zwischen Patient und Klinikpersonal zu vermitteln.
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja Der Meldebogen kann ohne Namensnennung ausgefüllt werden.
9	Patientenbefragungen	Ja Es findet eine kontinuierliche Patientenbefragung statt
10	Einweiserbefragungen	Ja Einweiserbefragungen finden statt.

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Beauftragte für Beschwerde-, Meinungs- und Riskomanagement

Titel, Vorname, Name

Katrin Ackermann

Telefon

02305 175 5102

E-Mail

k.Ackermann@evkhg-herne.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sekretariat Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name	Elke Droß
Telefon	02323 498 92201
E-Mail	e.dross@evk-herne.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sekretärin Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name	Silvia Vieting
Telefon	02323 498 2411
E-Mail	s.vieting@evk-herne.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Pamela Schlickmann
Telefon	02323 498 92284
E-Mail	info@evk-herne.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

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums

Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Die Gesamtverantwortung für die Arzneimitteltherapiesicherheit trägt die Arzneimittelkommission der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH und des EvK Witten. Diese besteht aus folgenden Mitgliedern:

- Geschäftsführung
- 4 Chefarzten/-ärztinnen des EvK Herne und Eickel sowie 3 Chefarzten/-ärztinnen des EvK Castrop-Rauxel und 3 Chefarzten/-ärztinnen des EvK Witten
- Leitungen der Apotheke des EvK Witten
- Leitung Pflegedienst der Ev. Krankenhausgemeinschaft und des EvK Witten

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?

ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

1. Vorsitzender (Chefarzt Innere Medizin am EvK Herne)

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Ali Halboos

Telefon

02323 498 2051

Fax

02323 498 2485

E-Mail

a.halboos@evkhg-herne.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	9
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	15
Erläuterungen	pharmazeutisches Personal 15 = 9 PTAs und 6 PKAs. Jede Woche ist ein Apotheker an einem festen Wochentag an einem Standort (in Castrop-Rauxel, Herne, Eickel und Witten). Primäre Aufgabe des Apothekers ist die Begleitung von ABS Visiten. In Castrop-Rauxel begleitet der Apotheker Stationsvisiten.

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: EvKHG kompakt (Zusammenfassung QM-Handbuch) inkl. Verfahren und Regelungen, arbeitsschutzrechtliche Aspekte, klinisches Risikomanagement. Letzte Aktualisierung: 25.10.2022
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: EVKHG-APO Anwendungsbereich und Ausschlüsse Letzte Aktualisierung: 14.11.2024 Erläuterungen:
5	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
6	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
7	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
10	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
11	AS13: 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: Verfahrensanweisungen für Pflegepersonal

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)
- ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Bestellung: MMI, ATAXX, Dosisüberprüfung bei Chefarzt-/Oberarztrezepten. Herstellung: ZENZY zur Herstellung von Zytostatika

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 Maßnahme: Stationsapotheke auf ausgewählten Stationen. Werktägliche Prüfung der Medikation in Orbis Medication durch einen Apotheker.

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen?

Ja

Erläuterungen

Grundlage ist das Kirchengesetz zum Schutz vor sexualisierter Gewalt vom 18. November 2020. Eine Risikoanalyse (Befragung) wurde durchgeführt.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Gerät zur Gefäßdarstellung
2	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck 24stündige Verfügbarkeit
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
4	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Ja
5	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
6	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja Hirnstrommessung
7	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden 24stündige Verfügbarkeit
8	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Geräte für Nierenersatzverfahren
9	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder
10	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse 24stündige Verfügbarkeit
11	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik 24stündige Verfügbarkeit
12	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich 24stündige Verfügbarkeit

#	Gerätenummer	24h verfügbar
13	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich Harnflussmessung 24stündige Verfügbarkeit

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

A-14.4 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.

Ja

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-[0800] Pneumologie

B-[0800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Pneumologie

B-[0800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0800 - Pneumologie

B-[0800].1.2 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Santiago Ewig
Telefon	02323 498 2454
Fax	02323 498 2452
E-Mail	info@evk-herne.de
Strasse	Hordeler Straße
Hausnummer	7-9
PLZ	44651
Ort	Herne
URL	http://www.evk-herne.de

B-[0800].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-[0800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
2	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
3	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Lungengerüsts
4	VI00 - („Sonstiges“): Schlaf- und Beatmungsmedizin Schlaf- und Beatmungsmedizin
5	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

B-[0800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2803
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	G47	Schlafstörungen	732
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	527
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	328
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	153
5	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	141
6	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	71
7	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	67
8	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	42
9	I50	Herzinsuffizienz	41
10	J45	Asthma bronchiale	39
11	E66	Adipositas	39
12	J43	Emphysem	32
13	R06	Störungen der Atmung	32
14	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	29
15	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	26
16	R04	Blutung aus den Atemwegen	26
17	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	21
18	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	20
19	I27	Sonstige pulmonale Herzkrankheiten	17
20	I26	Lungenembolie	16
21	R53	Unwohlsein und Ermüdung	13
22	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	13
23	D86	Sarkoidose	13
24	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	11
25	R59	Lymphknotenvergrößerung	11
26	A15	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	11
27	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	10
28	Z22	Keimträger von Infektionskrankheiten	10
29	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	9

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
30	J47	Bronchiektasen	9

B-[0800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1506
2	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1450
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1320
4	1-790	Polysomnographie	1301
5	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	679
6	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	673
7	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	545
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	398
9	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	395
10	1-430	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen	332
11	1-425	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus	250
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	237
13	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	201
14	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	175
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	130
16	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	129
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	87
18	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	86
19	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	77
20	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	75
21	1-712	Spiroergometrie	73
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	66
23	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	66
24	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	64
25	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	55
26	8-548	Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]	47
27	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	45
28	8-855	Hämodiafiltration	44

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	43
30	5-320	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus	41

B-[0800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV TUBERKULOSE - Ambulante spezialärztliche Versorgung Herne Wanne-Eickel, Pneumologie / Tuberkulose und atypische Mykobakteriose Das Kernteam besteht aus ärztlichen Vertretern (Chefarzt und Oberärzte) der Klinik für Pneumologie und Infektiologie.
5	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV TUMOREN - Ambulante spezialärztliche Versorgung Herne Wanne-Eickel, Pneumologie / Tumoren der Lungen und des Thorax Das Kernteam besteht aus ärztlichen Vertretern (Chefarzt und Oberärzte) der Klinik für Pneumologie und Infektiologie.

B-[0800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0800].11 Personelle Ausstattung

B-[0800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 15,92 Fälle je VK/Person 182,368256

Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,55	Stationär	15,37

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 10,34 Fälle je VK/Person 286,312561

Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,55	Stationär	9,79

B-[0800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie inkl. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde
3	AQ75 - Innere Medizin und Infektiologie

B-[0800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF03 - Allergologie
2	ZF39 - Schlafmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin Umweltmedizin
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[0800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		54,39	Fälle je VK/Person	51,53521
Beschäftigungsverhältnis	Mit	54,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	54,39

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,55	Fälle je VK/Person	616,043945
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,55

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,48	Fälle je VK/Person	5839,5835
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,48

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3,64	Fälle je VK/Person	770,054932
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,64

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		5,84	Fälle je VK/Person	479,965729
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,84

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,34	Fälle je VK/Person	2091,791
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,34

B-[0800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ07 - Pflege in der Onkologie
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[0800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP32 - Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP15 - Stomamanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP20 - Palliative Care
7	ZP22 - Atmungstherapie

B-[1600] Unfallchirurgie u. Orthopädie

B-[1600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Unfallchirurgie u. Orthopädie

B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

B-[1600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med Guido Rölleke
Telefon	02323 498 2241
Fax	02323 498 2242
E-Mail	g.roelleke@evk-herne.de
Strasse	Wiescherstraße
Hausnummer	24
PLZ	44623
Ort	Herne
URL	http://www.evk-herne.de

B-[1600].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-[1600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
4	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
5	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
6	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
7	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
10	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
11	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
12	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
13	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

B-[1600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	186
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	117
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	21
3	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	10
4	M48	Sonstige Spondylopathien	7
5	M47	Spondylose	6
6	G62	Sonstige Polyneuropathien	5
7	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5
8	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	4

B-[1600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	91
2	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	77
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	41
4	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	11
5	1-206	Neurographie	8
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	6
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	5
8	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5

B-[1600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1600].11 Personelle Ausstattung

B-[1600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 1,27 Fälle je VK/Person 158,974365

Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne
	1,27	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär
	0,1	1,17

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 0,62 Fälle je VK/Person 357,692322

Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne
	0,62	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär
	0,1	0,52

B-[1600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,24	Fälle je VK/Person	57,40741
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,24

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,27	Fälle je VK/Person	688,888855
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,27

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	6200
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,22	Fälle je VK/Person	845,4545
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,22

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	531,4286
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,08	Fälle je VK/Person	2325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,08

B-[1600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

B-[1600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP15 - Stomamanagement
4	ZP16 - Wundmanagement

B-[2000] Thoraxchirurgie

B-[2000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Thoraxchirurgie

B-[2000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2000 - Thoraxchirurgie
2	1800 - Gefäßchirurgie

B-[2000].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dipl.-Oec. Erich Hecker
Telefon	02323 498 2212
Fax	02323 498 2229
E-Mail	thoraxchirurgie@evk-herne.de
Strasse	Hordeler Straße
Hausnummer	7-9
PLZ	44651
Ort	Herne
URL	http://www.thoraxzentrum-ruhrgebiet.de

B-[2000].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-[2000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC11 - Lungenchirurgie
2	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
3	VC59 - Mediastinoskopie
4	VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie bei Lungenkrebs, Infektionen des Brustkorbs, Tochtergeschwülste
5	VC00 - („Sonstiges“): Offen chirurgische und endovaskuläre Ausschaltung von Aortenaneurysmen Offen chirurgische und endovaskuläre Ausschaltung von Aortenaneurysmen
6	VC00 - („Sonstiges“): Gefäßchirurgische Ambulanz und Notfallambulanz Gefäßchirurgische Ambulanz und Notfallambulanz
7	VC00 - („Sonstiges“): Karotis-Chirurgie Karotis-Chirurgie
8	VC00 - („Sonstiges“): Crurale und pedale Bypassanlagen Crurale und pedale Bypassanlagen

B-[2000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1041
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	292
2	J86	Pyothorax	125
3	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	99
4	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	94
5	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	60
6	J93	Pneumothorax	53
7	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	25
8	J94	Sonstige Krankheitszustände der Pleura	25
9	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	19
10	C45	Mesotheliom	16
11	J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	13
12	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	13
13	J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	11
14	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	9
15	J43	Emphysem	9
16	R59	Lymphknotenvergrößerung	9
17	K40	Hernia inguinalis	7
18	D86	Sarkoidose	7
19	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	7
20	I50	Herzinsuffizienz	6
21	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	5
22	E04	Sonstige nichttoxische Struma	5
23	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	5
24	D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	4
25	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	4
26	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
27	D36	Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	4
29	C37	Bösartige Neubildung des Thymus	4
30	Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	4

B-[2000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1343
2	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	1098
3	8-173	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle	568
4	5-349	Andere Operationen am Thorax	556
5	5-340	Inzision von Brustwand und Pleura	512
6	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	418
7	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	403
8	5-344	Pleurektomie	383
9	5-916	Temporäre Weichteildeckung	330
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	327
11	1-710	Ganzkörperplethysmographie	320
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	296
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	273
14	1-691	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie	238
15	5-345	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]	207
16	5-322	Atypische Lungenresektion	156
17	1-712	Spiroergometrie	155
18	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	149
19	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	148
20	5-324	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	144
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	131
22	5-334	Rekonstruktion an Lunge und Bronchien	119
23	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	107
24	5-404	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff	98
25	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	83
26	5-986	Minimalinvasive Technik	62
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	62
28	1-432	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	61

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-342	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums	57
30	8-701	Einfache endotracheale Intubation	52

B-[2000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV gemäß § 116 b SGB V - Tumoren der Lunge und des Thorax

B-[2000].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	58

B-[2000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2000].11 Personelle Ausstattung

B-[2000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 12,51 Fälle je VK/Person 83,21343

Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,51

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 7,72 Fälle je VK/Person 134,844559

Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,72

B-[2000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ12 - Thoraxchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ08 - Herzchirurgie
4	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[2000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF30 - Palliativmedizin

B-[2000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		27,8	Fälle je VK/Person	37,44604
Beschäftigungsverhältnis	Mit	27,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	27,8

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,33	Fälle je VK/Person	446,781128
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,33

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,24	Fälle je VK/Person	4337,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,24

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,86	Fälle je VK/Person	559,6774
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		2,98	Fälle je VK/Person	349,328857
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,98

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,68	Fälle je VK/Person	1530,88232
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68

B-[2000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ22 - Intermediate Care Pflege
7	PQ01 - Bachelor
8	PQ07 - Pflege in der Onkologie

B-[2000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP22 - Atmungstherapie
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP15 - Stomamanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP32 - Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®
7	ZP20 - Palliative Care

B-[3700] Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin

B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Eberhard Müller
Telefon	02323 498 2061
Fax	02323 498 2480
E-Mail	anaesthesiologie@evk-herne.de
Strasse	Wiescherstraße
Hausnummer	24
PLZ	44623
Ort	Herne
URL	http://www.evk-herne.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	komm. Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Nils Grote
Telefon	02323 498 2061
Fax	02323 498 2486
E-Mail	anaesthesiologie@evk-herne.de
Strasse	Wiescherstraße
Hausnummer	24
PLZ	44623
Ort	Herne
URL	http://www.evk-herne.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	komm. Leitung
Titel, Vorname, Name	Christian Hildebrandt
Telefon	02323 498 2061
Fax	02323 498 2486
E-Mail	anaesthesiologie@evk-herne.de
Strasse	Wiescherstraße
Hausnummer	24
PLZ	44623
Ort	Herne
URL	http://www.evk-herne.de

B-[3700].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-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[3700].11 Personelle Ausstattung

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt 4,03 Fälle je VK/Person 0

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,03

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt 4,03 Fälle je VK/Person 0

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,03

B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

B-[3751] Radiologie

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Nicht Bettenführende Abteilung

Name der
Organisationseinheit/Fachabteilung

Radiologie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

(Fachärzte für Radiologie, Neuroradiologie,
Nuklearmedizin)

Titel, Vorname, Name

Drs. med. Wittkämper, Labisch, Magin, Luther, Becker,
Sterger

Telefon

02323 1472 100

Fax

02323 1472 199

E-Mail

info@radiologieherne.de

Strasse

Wiescherstraße

Hausnummer

24

PLZ

44623

Ort

Herne

URL

<http://www.radiologieherne.de>

B-[3751].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-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
2	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
3	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
4	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
5	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
6	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
7	VR15 - Arteriographie
8	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
9	VR16 - Phlebographie
10	VR18 - Szintigraphie
11	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
12	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
13	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
14	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
16	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
17	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
18	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
19	VR40 - Spezialsprechstunde
20	VR41 - Interventionelle Radiologie
21	VR43 - Neuroradiologie
22	VR44 - Teleradiologie
23	VR47 - Tumorembolisation

B-[3751].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1220
2	3-202	Native Computertomographie des Thorax	387
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	211
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	192
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	189
6	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	167
7	3-703	Szintigraphie der Lunge	99
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	65
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	63
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	54
11	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	43
12	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	33
13	3-822	Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel	29
14	3-809	Native Magnetresonanztomographie des Thorax	28
15	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	13
16	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	11
17	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	10
18	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	10
19	3-752	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes	8
20	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	8
21	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	7
22	3-206	Native Computertomographie des Beckens	6
23	3-705	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems	6
24	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	6
25	3-201	Native Computertomographie des Halses	5
26	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	5
27	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	4

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	66
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	26
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	102
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	243
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	60
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	166
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	533
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	140
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HCH - Herzchirurgie

Fallzahl	36
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HCH_MK_KATH - Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe

Fallzahl	36
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	154
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	152
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	133
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	128
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	989
Dokumentationsrate	100,2
Anzahl Datensätze Standort	21
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	380
Dokumentationsrate	100,26
Anzahl Datensätze Standort	177
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID

2005

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,88 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	177

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen

Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID

2006

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,80 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	171
Beobachtete Ereignisse	171

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID

2007

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

232000_2005

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,58 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	155
Beobachtete Ereignisse	155

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232001_2006

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,50 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	150

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232002_2007

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID **50778**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 1,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	12,40

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **232007_50778**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 1,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	9,45

9. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID **231900**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	9,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,08 - 14,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	17

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **232008_231900**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	9,03

Vertrauensbereich Krankenhaus	5,46 - 14,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	155
Beobachtete Ereignisse	14

11. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID **50722**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	98,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,03 - 99,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	170

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **232009_50722**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48

Rechnerisches Ergebnis	98,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,32 - 99,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	148

13. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID 56003

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID 56004

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,57 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **56005**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,61 - 1,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	22224
Erwartete Ereignisse	20222,07

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID **56008**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,20

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,14 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **56012**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID **56014**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	> = 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 56018

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,31

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 1,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum
letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56020

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,26

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56022

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 56100

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 56101

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle

Ergebnis-ID

56102

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen

Ergebnis-ID

56103

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID 56104

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID 56105

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID 56106

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID

56107

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID

56108

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
-----------------	--

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID

56109

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
-----------------	--

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID

56110

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID

56111

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID

56112

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte

Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID 56113

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID 56114

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
------------------	---

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID 56115

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder

Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID **56116**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **56117**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **56118**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **52009**

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,77 - 1,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	4026
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	37,30

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID 52326

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 0,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	4026
Beobachtete Ereignisse	26

43. 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 geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID 521801

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06

Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 0,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4026
Beobachtete Ereignisse	11

44. 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 und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID 52010

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	4026
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

☒ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	DMP
1	Brustkrebs
2	Diabetes mellitus Typ 2
3	Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Erbrachte Menge	8
Begründung	MM01: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 5 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Nein
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	8
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	14
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	169

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	171
--	-----

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

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

24

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

15

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben

15

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 11 - Tagschicht	100 %
2	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 11 - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 - Tagschicht	100 %
4	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht	100 %
6	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6/7 - Tagschicht	100 %
8	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6/7 - Nachtschicht	100 %
9	Intensivmedizin - W-INT - Tagschicht	100 %
10	Intensivmedizin - W-INT - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 11 - Tagschicht	94,77 %
2	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 11 - Nachtschicht	99,45 %
3	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 - Tagschicht	100 %
4	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2 - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Tagschicht	96,01 %
6	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 4 - Nachtschicht	97,99 %
7	Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6/7 - Tagschicht	90,41 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
8	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 6/7 - Nachtschicht	99,18 %
9	Intensivmedizin - W-INT - Tagschicht	89,32 %
10	Intensivmedizin - W-INT - Nachtschicht	97,53 %

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein