

SAATMANN
Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Strukturierter Qualitätsbericht
<Knappenstraße>

Berichtsjahr 2021

Inhaltsverzeichnis

1		
-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	19
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	23
A-9	Anzahl der Betten	24
A-10	Gesamtfallzahlen	24
A-11	Personal des Krankenhauses	24
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	39
A-13	Besondere apparative Ausstattung	53
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 53	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	55
B-1	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	55
B-2	Klinik für Allgemeine Innere Medizin	61
B-3	Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin.....	68
B-4	Klinik für Neurologie.....	78
B-5	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....	88
B-6	Klinik für Nuklearmedizin	100
C	Qualitätssicherung	106
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	106

C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	106
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	108
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	140
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 140	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	140
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	141
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 141	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	141
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	142
D	Qualitätsmanagement	144
D-1	Qualitätspolitik	144
D-2	Qualitätsziele	144
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	146
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	148
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	153
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	154

- Einleitung



St. Marien-Hospital Hamm gGmbH Standort Knappenstrasse

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Herr Peter Junge
Telefon	0231/1843-31056
Fax	0231/1843-31009
E-Mail	peter.junge@joho-dortmund.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Tiemann
Telefon	02381/18-1000
Fax	02381/18-1006
E-Mail	Thomas.Tiemann@marienhospital-hamm.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.marienhospital-hamm.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH
Hausanschrift	Nassauerstraße 13 -19 59065 Hamm
Zentrales Telefon	02381/18-0
Fax	02381/18-1006
Zentrale E-Mail	info@marienhospital-hamm.de
Postanschrift	St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH Nassauerstraße 13 -19 59065 Hamm
Institutionskennzeichen	260590388
URL	http://www.marienhospital-hamm.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dirk Böcker
Telefon	02381/18-2300
Fax	02381/18-2302
E-Mail	dirk.boecker@marienhospital-hamm.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Herr Jörg Beschorner
Telefon	02381/18-1007
Fax	02381/18-1006
E-Mail	joerg.beschorner@marienhospital-hamm.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Klaus Bathen
Telefon	0231/1843-31000
Fax	0231/1843-31009
E-Mail	Klaus.Bathen@joho-dortmund.de

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Tiemann
Telefon	02381/18-1000
Fax	0281/18-1006
E-Mail	thomas.tiemanni@marienhospital-hamm.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH
Hausanschrift:	Knappenstrasse 19 59071 Hamm
Telefon:	02381/18-0
Fax:	02381/18-1006
E-Mail:	info@marienhospital-hamm.de
Postanschrift:	St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH Nassauerstraße 13 -19 59065 Hamm
Institutionskennzeichen:	260590388
Standortnummer aus dem Standortregister:	772119000
Standortnummer (alt)	02
URL:	http://www.marienhospital-hamm.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dirk Böcker
Telefon	02381/18-2301
Fax	02381/18-2302
E-Mail	dirk.boecker@marienhospital.hamm.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Herr Jörg Beschorner
Telefon	02381/18-1008
Fax	02381/18-1006
E-Mail	joerg.beschorner@marienhospital-hamm.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Klaus Bathen
Telefon	0231/1843-31000
Fax	0231/1843-31009
E-Mail	Klaus.Bathen@joho-dortmund.de

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Tiemann
Telefon	02381/18-1001
Fax	02381/18-1006
E-Mail	thomas.tiemann@marienhospital-hamm.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Universitätsklinik der Privaten Universität Witten-Herdecke

Die St. Marien-Hospital Hamm gGmbH ist akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist Universitätsklinik und die Klinik für Neurologie kooperierende Klinik der Universität Witten-Herdecke.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

Die regionale Versorgungsverpflichtung besteht für die Stadt Hamm. Die Versorgung findet am Standort Knappenstraße statt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	Im Rahmen des Behandlungsprozesses wird die Akupressur durch ausgebildete Physiotherapeuten angewandt. Durch den sanft ausgeübten Druck auf verschiedene Hautareale dient sie der Schmerzlinderung und wirkt sich positiv auf die Organfunktionen aus.
MP02	Akupunktur	Bei Schmerzzuständen aller Art und bei ausgewählten Funktionsstörungen wird Akupunktur durch speziell ausgebildete Therapeuten und Pflegekräfte erfolgreich eingesetzt.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Während des stationären Aufenthaltes erfolgt eine Beratung der Angehörigen durch den behandelnden Arzt und durch weitere Mitglieder des therapeutischen Teams. Es werden Patienten- und Angehörigenseminare zu wechselnden Themen wie auch Unterstützung durch die Familiäre Pflege angeboten.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Das Angebot der Atemgymnastik erfolgt im Rahmen des Behandlungsplanes und wird durch geschulte Physiotherapeuten und Pflegefachkräfte mit den Patienten durchgeführt.

MP06	Basale Stimulation	Das Konzept wird als integrativer Bestandteil der intensivtherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Versorgung durchgeführt. Dabei werden den Patienten positive Angebote über die Sinneswahrnehmungen wie Fühlen, Hören, Schmecken gegeben, die die Kontaktaufnahme zur Umwelt fördern.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Die Einleitung von Anschlussheilbehandlungen und erste Informationen für die weitere Rehabilitation erfolgen in Absprache mit dem Ärztlichen dienst durch den Sozialdienst des Hauses
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Eine Begleitung erfolgt durch (Pflege-)Fachpersonal und Mitarbeiter der Seelsorge. Es erfolgt die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem ambulanten Hospizdienst, den Hospizen oder Palliativstationen.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Jede Behandlung erfolgt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und den Physiotherapeuten und Pflegekräften. Im Vordergrund stehen die Wiedererlangung und der Erhalt der körperlichen Fähigkeiten nach Krankheit und Operation. Angebote sind u.a. Gangschule, Wirbelsäulengymnastik, Rückenschule.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bobath-Therapie ist ein Pflege- und Therapiekonzept zur Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfällen und anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, welches von geschulten Physiotherapeuten und Pflegefachkräften im St. Marien-Hospital angewandt wird.

MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Schulungen erfolgen als Einzel- und Gruppenschulungen durch anerkannte Diabetesberaterinnen (DDG) und Diätassistenten, unterstützt durch Diabeteslotsen auf den Stationen.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Erfolgt durch Diätassistenten zu allen Kostformen und bei Mangelernährung in Abstimmung mit dem Ärztlichen Dienst.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Im Sinne des Entlassmanagement wird bei weiterhin behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen die Entlassung mit dem Patienten/seinen Vertrauenspersonen und in Abstimmung mit dem therapeutischen Team durch den Pflege- und Sozialdienst über ein strukturiertes Verfahren sichergestellt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Beinhaltet die Förderung der motorisch-funktionellen Fähigkeiten, die Aktivierung kognitiver, neuropsychologischer Fähigkeiten (z.B. Verbesserung der Orientierung), die Anleitung zur Selbsthilfe im täglichen Leben (Körperpflege etc.) und berät bei der Wohnraum- und Hilfsmittelanpassung.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Die somatische Pflege ist nach dem Konzept der Bereichspflege organisiert (Modell der Lebensaktivitäten Roper, Tierny, Logan). In der Psychiatrie beruht das Pflegekonzept auf der Pflegelehre von H. Peplau. Als Pflegekonzept wird die Bezugspflege angewandt. Zunehmend wird Primary Nursing eingeführt.

MP18	Fußreflexzonenmassage	Ein Angebot der Physiotherapie. Durch die Fußreflexzonenmassage werden die inneren Organe in ihrer Funktion positiv angeregt.
MP21	Kinästhetik	Kinästhetik ist ein bewegungstherapeutisches Konzept. Der Patient wird ausgehend von den individuellen Bewegungsmustern beim Aufsitzen, Aufstehen etc. auf eine Weise unterstützt, die es ermöglicht, die Bewegungsselbstständigkeit so weit wie möglich zu erhalten und zu erweitern.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Das Beratungskonzept wird durch regelmäßig geschulte Pflegefachkräfte umgesetzt. Die Begleitung der Patienten ist durch Inkontinenzberater sichergestellt.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Im Rahmen des Behandlungsplanes kommt Lymphdrainage zur Unterstützung des Lymphsystems und zur Behandlung von Ödemen durch Masseur und Physiotherapeuten zur Anwendung.
MP25	Massage	Im Rahmen des Behandlungsprozesses werden Massagen als Therapie durch die Abteilung für Physiotherapie erbracht. Durch verschiedene Massagetechniken wird Einfluss auf den Muskeltonus (Spannungszustand des Muskels), auf Schmerzen und die Funktion der inneren Organe genommen.
MP26	Medizinische Fußpflege	Wird durch Podologen und medizinische Fußpfleger erbracht.

MP27	Musiktherapie	Musiktherapie wird im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie und in der Psychiatrie angeboten
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	In ausgewählten Einzelfällen bieten wir homöopathische Behandlungen an. Für Bewegungsstörungen aller Art werden wir bei Bedarf manualtherapeutische Techniken angewandt.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Im Rahmen der Behandlung werden die unterschiedlichen Techniken der Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie durch weitergebildete Ärzte des Orthopädisch-Traumatologischen Zentrums und durch ausgebildete Physiotherapeuten angewandt.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Das Angebot als Bestandteil des Behandlungsplanes umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Elektrotherapie • Teil- und Großmassagen, Bindegewebsmassagen • Colonmassagen • Lymphdrainage mit Bandagierung • Inhalationen • Atemtherapie • Kälte- und Wärmeanwendungen
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengymnastik • Schlingentischtherapie • Medizinische Trainingstherapie • Dorn-Therapie • Craniosacrale Therapie • Anlage von Physiotapes • Bobath • Vojta • Triggerpunkttherapie

MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	In Zusammenarbeit mit anderen Anbietern werden Selbsthilfe- und Sportgruppen von Mitarbeitern begleitet. Dazu zählen u.a. eine Parkinsongruppe, Herzsportgruppe und Lungensportgruppe. Zur Suchtprävention werden u.a. Raucherentwöhnungskurse angeboten für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Der psycho-soziale Dienst führt bei Bedarf Einzeltherapien (Psychologin), Beratungsgespräche (zur Entlastung, Orientierung, Verarbeitung) mit Patienten und Angehörigen, intensive Begleitung/Betreuung (auch Sterbebegleitung) und Kriseninterventionen durch.
MP37	Schmerztherapie/-management	Ein Akut-Schmerzdienst ist etabliert. Dieser sichert eine optimale, individuell abgestimmte, schmerztherapeutische Versorgung, um Schmerzen vorzubeugen oder auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Eine Wirksamkeitskontrolle erfolgt in der Schmerzsprechstunde und -visite.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Pflegerberatung erfolgt zu spezifischen Themenstellungen wie z.B. zur Dekubitusprophylaxe, der Wundversorgung, der Inkontinenz und zu weiteren pflegerischen Fragestellungen. Die Beratung für Patienten und Angehörige erfolgt auch zu Hause beim Patienten im Rahmen der Familialen Pflege.

MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Entspannungstherapien werden im Rahmen der Behandlung durch geschulte Therapeuten und Pflegefachkräfte erbracht, wie z.B. Entspannungstherapie nach Jacobson.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Umfasst z.B. Pflegekonzepte nach Bobath, Kinästhetik, Basale Stimulation, Validation. Pflegeexperten sind qualifiziert zu Schwerpunktthemen, wie u.a. der <ul style="list-style-type: none"> • Wundversorgung (Wundmanager) • Betreuung bei Schmerzen (Pain Nurse)
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Das Behandlungsangebot der Logopädie, steht in Abstimmung auf das Krankheitsspektrum, insbesondere von neurologischen und geriatrischen Patienten, zur Verfügung.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Bei der Anlage oder bei einem bereits bestehenden Stoma zur künstlichen Ausscheidung von Darm- und Blaseninhalten erfolgt eine professionelle Betreuung durch Mediziner, Pflegefachkräfte und einen externen Kooperationspartner, der die Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt weiterbetreut.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	In Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegefachkräften und Physiotherapeuten in Kooperation mit Sanitätshäusern findet eine Beratung und Betreuung bei Korsettanpassungen, der Anwendung von Kompressionsstrümpfen, dem Umgang mit Rollstühlen, Prothesen etc. statt.

MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Wärmeanwendungen zur Lockerung der Muskeln und Kälteanwendungen zur Schmerzlinderung werden durch den Pflegedienst und der Abteilung für Physiotherapie erbracht.
MP51	Wundmanagement	Anhand einer für das gesamte Krankenhaus verbindlichen Leitlinie, – erarbeitet von einem interdisziplinären Team von Ärzten und speziell ausgebildeten Wundmanagern in der Pflege – erfolgt die Wundversorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen mit einem einheitlichen Qualitätsstandard.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Die Zusammenarbeit erfolgt über die jeweiligen Kliniken. Es werden Sportgruppen betreut und angeboten.
MP53	Aromapflege/-therapie	In ausgewählten Behandlungssituationen werden ätherische Öle zur Entspannung und zur Steigerung des Wohlbefindens eingesetzt. Die pflegerischen Mitarbeiter werden regelhaft geschult, ein Handbuch zur Aromapflege steht zur Verfügung.
MP54	Asthmaschulung	Das Angebot der Asthmaschulung erfolgt im Rahmen des Behandlungsplanes und wird durch geschulte Physiotherapeuten und Pflegefachkräfte mit den Patienten durchgeführt.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Diese Trainingsformen werden im Rahmen der Behandlung durch geschultes Personal und ausgebildete Gedächtnistrainer angeboten.

MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Gemeint ist damit in der Physiologie die Reizbildung und -leitung im nervalen und muskulären System für ein sinnvolles Zusammenspiel aller Muskeln und Gelenke des Körpers. Es fördert <ul style="list-style-type: none"> • Beweglichkeit • dynamischen Stabilität • Ausdauer, Kraft • Geschicklichkeit, Koordination
MP63	Sozialdienst	Sozialarbeiter und Sozialpädagogen des psychosozialen Dienstes stehen den Patienten und Angehörigen für Fragen in der Rehabilitation und Nachsorge zur Verfügung.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es werden regelmäßige Patiententage/ Fachtagungen zu Themen, wie z.B. Altersmedizin, Diabetes mellitus, operative und diagnostische Verfahren, Schmerzmanagement, Tag des gesunden Rückens angeboten. An Tagen der offenen Tür können Interessierte einen Blick hinter die Kulissen werfen.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie; Ergotherapie Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfall und Aphasie Hamm • Selbsthilfegruppe Morbus Parkinson • MS (Multiple Sklerose) Kontaktkreis – Sporttherapie Patienten und Angehörige werden von erfahrenen Pflegekräften beraten.

MP67	Vojtathapie für Erwachsene und/oder Kinder	Diese wird im Rahmen des Behandlungsprozesses durch ausgebildete Physiotherapeuten erbracht. Ziel ist es, durch Auslösen von Bewegungsreflexen, unter Beachtung von vorgegebenen Ausgangsstellungen und Reizpunkten, motorische Störungen behoben.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Es bestehen vertragliche Kooperationen mit der ambulanten Reha Bad Hamm, der Pflegeüberleitung und der Ambulanten Caritas-Pflegedienste Hamm. Zur Sicherstellung der weiteren pflegerischen Versorgung wird ein individueller Pflegebericht erstellt und es besteht das Angebot der Pflegevisite vor Ort.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Rücken- und Haltungsschulungen werden von der Abteilung für Physiotherapie nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angewandt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Kann in allen Fachabteilungen, außer der Psychiatrie, kostenpflichtig angeboten werden. Zusätzlich bestehen Übernachtungsmöglichkeiten in den Wohnheimen.

NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Die Mitarbeiter an den zentralen Informationsbereichen sind erste Ansprechpartner für Fragen und helfen gerne weiter. Patienten werden durch geschultes Personal des Patientenbegleitsdienstes zu Therapie- und Diagnostikmaßnahmen begleitet.
NM42	Seelsorge		Katholische und evangelische Seelsorge erfolgt durch die Krankenhausseelsorger in Zusammenarbeit mit den Pfarrern der umliegenden Gemeinden. Es besteht das regelmäßige Angebot von Gottesdiensten, Krankenkommunion, Krankensalbung und der begleitenden Gesprächsführung.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.marienhospital-hamm.de/beratung.html	Es besteht ein umfangreiches Informationsangebot zu medizinisch und pflegerischen Themen, wie z.B. die Diabetestage oder der Psychiatrischen Trialog. Zusätzlich besteht das Angebot der Pflegeberatung.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfall und Aphasie Hamm • Selbsthilfegruppe Morbus Parkinson • MS (Multiple Sklerose) Kontaktkreis – Sporttherapie
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Weitere Kostformen im Sinne der Kultursensibilität auf Anfrage.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Vertrauensmann der Schwerbehinderten
Titel, Vorname, Name	Herr Andreas Kämper
Telefon	02381/18-71095
E-Mail	andreas.kaemper@marienhospital-hamm.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Bedienungstastaturen der Aufzüge sind mit Brailleschrift ausgestattet. Zusätzlich erfolgt eine Sprachansage zur Orientierung.
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Die Begleitung der Patienten erfolgt durch den Pflege- und Patientenbegleitdienst. Mitarbeiter des Patientenbegleitdienstes sind geschult in der Unterstützung von Patienten mit Beeinträchtigungen im Bereich der Sinneswahrnehmung oder der räumlichen Orientierung.
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Sind in den Eingangsbereichen der Klinik eingerichtet.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Die Unterstützung und Begleitung von Patienten mit Einschränkungen, Störungen in der Mobilität erfolgt durch Pflegekräfte, Therapeuten und geschulte Mitarbeiter des Patientenbegleitdienstes.

BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Die Betreuung erfolgt durch den Pflegedienst. Zusätzliche Unterstützung erfolgt durch die Mitarbeiter des Patientenbegleitdienstes, die geschult sind in der Unterstützung von Patienten mit Orientierungsschwierigkeiten zu Raum, Zeit oder der eigenen Person.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Betten mit einer Auslastung von bis zu 250 kg sowie Bettverlängerungen sind in den Bereichen verfügbar.
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	vorhanden mit Radiologietisch bis zu einer Auslastung von 250 kg
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Patientenwaage vorhanden bis zu einer Auslastung von 300 kg. Übergroße Blutdruckmanschetten kommen zum Einsatz.
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Hilfsmittel wie Patientenlifter, Toilettenstühle, Patiententransportstühle sind vorhanden bis zu einer Auslastung von 250 kg.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Anti-Thrombosestrümpfe, Patientennachthemden sind in Übergrößen verfügbar.
BF24	Diätische Angebote	Diätetische Kostformen sind zu den häufigsten Diätformen im Diätkatalog hinterlegt. Darüberhinausgehende Anforderungen werden ergänzend erstellt.
BF25	Dolmetscherdienst	Professionelle Dolmetscher werden bei Bedarf zu den erforderlichen Sprachen angefordert oder Mitarbeiter vor Ort übernehmen die Übersetzung.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Mitarbeiter wie auch zertifizierte Dolmetscher kommen in diversen Sprachen zum Einsatz.

BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Kapelle
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	keine Stufen, automatische Türöffnung

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Zu verschiedenen medizinischen Fachbereichen an folgenden Hochschulen: - Westfälische Wilhelms Universität Münster - Universität Witten/Herdecke - Universitätsklinik Essen - Universität Bonn Medizinische Fakultät Universität Witten/Herdecke - Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Absolvierung der Tertiale in den Pflichtbereichen - Chirurgie in 3 operativen Kliniken - Innere Medizin in 3 medizinischen Kliniken Wahlbereich - Neurologie - Orthopädisch-Traumatologische Zentrum - Anästhesiologie - Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
FL09	Doktorandenbetreuung	Betreuung medizinischer Dissertationen in den jeweiligen Fachbereichen.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Zu den verschiedensten Themen in Medizin, Pflege und Wirtschaftswissenschaften
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Es werden 100 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpfleger angeboten. Die praktische Ausbildung erfolgt am St. Marien-Hospital Hamm. Die theoretische Ausbildung wird am Canisius Campus in Dortmund durchgeführt.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Es stehen Praktikantenplätze zur Verfügung.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Es stehen Praktikantenplätze zur Verfügung.
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	2 Ausbildungsplätze in Kooperation mit einer anerkannten Ausbildungsstätte.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	10 Ausbildungsplätze im 1-jährigen Ausbildungszweig "Gesundheits- und Krankenpflegeassistentenz" in Kooperation mit dem Canisius Campus Dortmund angeboten

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	330

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	9328
Teilstationäre Fallzahl	228
Ambulante Fallzahl	40332
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 66,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	63,74	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	66,74	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 38,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,36	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	38,36	
Nicht Direkt	0	

Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,75

Kommentar: Das übergeordnete Personal wurde schon am Standort 1 angegeben

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,75	An dieser Stelle sind anteilig die Ärzte des Labors, der Hygienefacharzt und die Besetzung des Notarztwagens ausgewiesen.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,75	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,75

Kommentar: Das übergeordnete Personal wurde schon am Standort 1 angegeben

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,75	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 193,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	192,41	
Ambulant	0,78	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	193,19	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 30,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,78	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,47	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 45,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	45,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	45,67	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,29	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,69	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,65	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,12	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,9	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 36,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,72	
Ambulant	1,99	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,71	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 26,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,78	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 3,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,62	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,87	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 6,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,73	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,96	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,59	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 4,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,61	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,08	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 2,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,38	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 6,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,22	Das Labor betreut die Standorte 01 Nassauerstrasse und Standort 02 Knappenstrasse.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,22	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 7,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,73	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,24	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,96	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 4,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,61	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 0,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,81	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Externe Konsilanforderung mit niedergelassenen Logopäden vertraglich geregelt.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,69	
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 1,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,18	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	
Funktion	Leitung Abteilung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med. Michaela Gross
Telefon	0231/1843-31050
Fax	0231/1843-31050
E-Mail	michaela.gross@joho-dortmund.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Die Gremien des Qualitätsmanagement sind abteilungs-, berufsgruppen-, und hierarchieübergreifend unter Berücksichtigung aller Fachbereiche zusammengesetzt. Das Beauftragtenwesen sowie Querschnittfunktionen sind darin vertreten.
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Leitung Abteilung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med. Michaela Gross
Telefon	0231/1843-31050
Fax	0231/1843-31050
E-Mail	michaela.gross@joho-dortmund.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Die Gremien des Qualitäts- und Risikomanagement sind abteilungs-, berufsgruppen-, und hierarchieübergreifend unter Berücksichtigung aller Fachbereiche zusammengesetzt.
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021	Die Dokumente liegen tagesaktuell vor über das Intranet/Dokumentenmanagement für alle Mitarbeiter im Zugriff.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM03	Mitarbeiterbefragungen		in regelmäßigen Intervallen als Vollerhebung sowie zu ausgewählten Fragestellungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021	
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021	

RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: Krankenhausinformationssystem Datum: 24.09.2018

RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Datum: 25.08.2021

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Kontinuierliche Optimierung der Patientenversorgung durch Bearbeitung der CIRS-Meldungen sowie Umsetzung von identifizierten Verbesserungsmaßnahmen aus den Auditergebnissen.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	24.08.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF06	CIRS NRW (Ärztzekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Die Tätigkeitsausübung erfolgt standortübergreifend Zusätzliche Beratung durch externen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	3	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	4	Die Tätigkeitsausübung erfolgt standortübergreifend
Hygienebeauftragte in der Pflege	10	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Leitender Arzt Krankenhaushygiene
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Frank Marquardt
Telefon	02381/18-3870
Fax	02381/18-1006
E-Mail	Frank.Marquardt@marienhospital-hamm.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom
. autorisiert Ja**2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern**

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom
. autorisiert Ja*A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie***Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene
Resistenzlage angepasst JaLeitlinie durch
Geschäftsführung/Arzneimittel-
/Hygienekom. autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 *Händedesinfektion*

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	35,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	140,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

A-12.3.2.5 *Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)*

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.lzg-nrw.de	KISS, externe Qualitätssicherung §23 Auswertung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	VARIA (HAND-KISS und Compliance Beobachtung)
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE-Siegel	angeschlossen dem Netzwerk NRW www.lzg-nrw.de

HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	<ul style="list-style-type: none"> - Validierung - regelmäßige Kontrolle und Begehung durch die Apotheke - stichprobenartige Überprüfung der AEMP - Bezirksregierung - jährliche Hygieneaudits - Risikobericht
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	<p>Verpflichtende Unterweisung für alle neuen Mitarbeiter zu Dienstbeginn</p> <p>Innerbetriebliches Schulungsangebot zu den Themenbereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basishygiene - Barrierepflege - Isolation - Umgang mit Covid 19 - MRE - Händehygiene - Schulung zu Hygieneplänen - Umgang mit Lebensmitteln nach IfSG §§42/43

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Die Annahme der Beschwerden, der Bearbeitungsprozess sowie die Nachverfolgung der eingeleiteten Maßnahmen sind schriftlich geregelt. Sowohl mündliche als auch schriftliche Beschwerden werden zentral erfasst und statistisch ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	mittels Verfahrensanweisung
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	mittels Verfahrensanweisung
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	an Werktagen innerhalb von 24 Stunden; an Wochenenden innerhalb von 49 Stunden.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Erfolgen durch den kollegialen Austausch und durch strukturierte schriftliche Befragungen zu Einzelthemen sowie im Stichprobenverfahren.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Verschiedene Befragungsinstrumente sind eingesetzt: - Kontinuierliche, schriftliche Befragung - alle stationäre Patienten des I. Quartals alle 3 Jahre zu bestimmten Themen - gesonderter Patientengruppen, z.B. Endoprothetikzentrum - schriftliche und telefonische Befragung ambulanter Patienten

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	https://www.marienhospital-hamm.de/ansprechpartner.html
Kommentar	

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med. Michaela Gross
Telefon	0231/1843-31050
Fax	0231/1843-53050
E-Mail	michaela.gross@joho-dortmund.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	
Kommentar	

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Herrmann Kampmann
Telefon	02381/18-1715
Fax	02381/18-1006
E-Mail	patientenfuersprecher@marienhospital-hamm.de

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Attila Pap
Telefon	02381/18-1715
Fax	02381/18-1006
E-Mail	patientenfuersprecher@marienhospital-hamm.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
Kommentar	Beschwerden, die an die Patientenfürsprecher gerichtet sind werden über das zentrale Beschwerdemanagement weitergeleitet zur Bearbeitung.

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

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Leitung Zentral-Apotheke Dortmund
Titel, Vorname, Name	Ulrich Sommer
Telefon	0231/1843-31710
E-Mail	ulrich.sommer@joho-dortmund.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen

Zentral-Apotheke des St.-Johannes-Hospital Dortmund gGmbH, Stationsapothekerinnen

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.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Im Rahmen von fachabteilungs- und stationsbezogenen Besprechungen. berufsspezifische Fachvorträge für den Ärztlichen Dienst zu ausgewählten Themen
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Elektronisches Dokumentenmanagement Letzte Aktualisierung: 25.08.2021	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)		
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		AiD klinik elektronische Eingaben der Klinikmedikation
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		AiD Klinik Oberärzte der Psychiatrie haben zudem einen Zugang zum Informationssystem MediQ

AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Listen zur Herstellung und Applikation von Antiinfektiva - Bereitstellung von Zytostatika-Begleitpläne/Therapiepläne
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) 	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - wöchentliche pharmazeutische Visiten in der Kardiologie, Neurologie, Psychiatrie und internistische Intensivstationen - ABS Visiten auf den Intensivstation (internistisch) und Kardiologie - ABS Einzelfallbesprechungen/ ABS-Konsile zusätzlich in der Neurologie
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten 	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Ja (siehe A-14.3)
Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt	
Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)	

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung
SN05	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-1.1 Allgemeine Angaben Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Die Radiologie ist eine wichtige Schnittstelle: Wir unterstützen die Kollegen aller Fachabteilungen des St. Marien-Hospitals mit bildgebenden Untersuchungen bei der Diagnosestellung und stehen täglich im engen Austausch. Als Radiologen wenden wir jedoch nicht nur die gängigen diagnostischen Verfahren an (Röntgen, CT, MRT), sondern können im Rahmen der interventionellen Therapie – beispielsweise bei Gefäßverschlüssen – auch direkt eingreifen. Bei Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall arbeiten wir eng mit der Klinik für Neurologie zusammen, vor allem mit der Stroke Unit. Unsere Abteilung besitzt zudem die Zusatzqualifikation „Neuroradiologie“. Dieses Spezialgebiet umfasst die Diagnostik bei Erkrankungen und Veränderungen des Nervensystems. Dazu gehört etwa die radiologische Untersuchung der Hirngefäße oder des Wirbelkanals, in dem das Rückenmark liegt (Spinalkanal).

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	dr. med. Sebastian Zimmer
Telefon	02381/18-2651
Fax	02381/18-2652
E-Mail	radiologie@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Nassauerstrasse 13
PLZ/Ort	59065 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/institut-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie/leistungsspektrum.html

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie untersucht mit bildgebenden Verfahren Art, Umfang und Schweregrad vieler Erkrankungen. Die technische Ausrüstung für die klassische Röntgendiagnostik, die Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) stehen in beiden Kliniken zur Verfügung. Im Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie wird neben der Diagnostik auch die Behandlung verschiedener Krankheitsbilder durchgeführt. Verschlüsse und

Verengungen von Schlagadern werden mit Hilfe von Kathetern, Ballons und Stents ohne Operation oder Narkose beseitigt. Die Rotationsthrombolyse wird zur Verwendung langstreckiger Verschlüsse oder Stenosen sowie zur Behandlung von Verschlüssen und Stenosen in Bewegungssegmenten der Beinarterien verwendet. Die intrakranielle Thrombolyse sowie Lysetherapie wird zur interventionellen Behandlung cerebraler Insulte verwendet. Die Entnahme von Gewebeproben aus dem Brust- und Bauchraum ist unter CT-Sicht genauso möglich wie die gezielte Schmerzbehandlung. Tumore werden mittels Partikeln und Chemoembolisation minimalinvasiv behandelt. Die Radioembolisation (selektive intraarterielle Radiotherapie, SIRT) wird zur palliativen Behandlung primärer und sekundärer hepatischer Malignome angeboten. Zudem ermöglicht eine 3-D-Bilddarstellung die genaue Operationsplanung auch für komplizierte Eingriffe an der Wirbelsäule und den Gelenken.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR02	Native Sonographie	hochauflösende Weichteilsonographie bis 14 Mhz
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Digitale Speicherfolienradiographie und Mammographie
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche CT – Untersuchungsverfahren in allen Körperregionen in Multislicetechnik mit 3D Nachverarbeitung • CT-Perfusion • Herz-CT • CT gesteuerte Biopsien • CT gesteuerte Schmerztherapie • Darstellung
VR15	Arteriographie	<ul style="list-style-type: none"> • Katheterangiographie aller Körperregionen in DSA Technik • Dialyseshuntendarstellungen • Katheterbasierte Intervention des Gefäßsystems: PTA, Stentimplantationen arteriell/venös, lokale Thrombolyse- auch intracerebral, Embolisationen, intrakranielle Thrombolyse und Rotationsthrombolyse
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	

VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	<ul style="list-style-type: none"> • MRT Diagnostik sämtlicher Körperregionen mit und ohne Kontrastmittel mit Ausnahme der weiblichen Brust MRT Angiographie • MRT des Herzens, inklusive Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik • MRT Untersuchungen in Narkose bei Erwachsenen und Kindern
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	<ul style="list-style-type: none"> • Computertomographische Knochendichtemessung mit computergestützter quantitativer Auswertung • Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	<ul style="list-style-type: none"> • 3D Nachverarbeitung der CT und MRT Daten inklusive SSD ,VRT, MIP und MPR Rekonstruktionen • Dynamische Auswertung zeitaufgelöster Messungen, z.B. Funktions-, Perfusions- und Flussmessungen im Rahmen der MRT des Herzens mit dedizierter Software
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Gesamtes Spektrum der konventionellen Röntgendiagnostik
VR43	Neuroradiologie	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR44	Teleradiologie	

B-1.5 Fallzahlen Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	2798	Native Computertomographie des Schädels
2	3-990	1764	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	3-800	1412	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
4	3-22x	1277	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
5	3-80x	905	Andere native Magnetresonanztomographie
6	3-802	248	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	3-222	236	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
8	3-820	232	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
9	3-225	206	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
10	3-70d	166	Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Radiologische Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
Angebotene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)
Angebotene Leistung	Neuroradiologie (VR43)
Angebotene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angebotene Leistung	Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie
AQ41	Neurochirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 Klinik für Allgemeine Innere Medizin

B-2.1 Allgemeine Angaben Klinik für Allgemeine Innere Medizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Allgemeine Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dirk Böcker
Telefon	02381/18-2301
Fax	02381/18-2302
E-Mail	Dirk.Boecker@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/kardiologie-intensivmedizin-und-allgemeine-innere-medizin/leistungsspektrum.html

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Klaus Pethig
Telefon	02381/18-2601
Fax	02381/18-2302
E-Mail	Klaus.Pethig@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/kardiologie-intensivmedizin-und-allgemeine-innere-medizin/leistungsspektrum.html

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemeine Innere Medizin

Die Klinik für Allgemeine Innere Medizin des St. Marien-Hospitals versorgt Patienten mit einem weiten Spektrum akuter und chronischer Erkrankungen. Neben einer sorgfältigen, medizinischen Diagnostik kommen sämtliche, heute gängigen modernen, apparativen Methoden zum Einsatz.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemeine Innere Medizin
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

B-2.5 Fallzahlen Klinik für Allgemeine Innere Medizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1128
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	96	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	I50	78	Herzinsuffizienz
3	J12	60	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
4	J44	55	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
5	N39	51	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
6	I63	44	Hirnfarkt
7	E86	40	Volumenmangel
8	F19	40	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
9	J18	37	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
10	I10	35	Essentielle (primäre) Hypertonie

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-052	1702	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
2	9-984	577	Pflegebedürftigkeit
3	9-401	242	Psychosoziale Interventionen
4	8-550	223	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
5	9-320	217	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
6	8-98g	113	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
7	8-853	71	Hämodilution
8	8-980	43	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
9	8-191	35	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
10	3-035	18	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 185,52632

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,43

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,43	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,43	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 464,19753

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 28,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 40,12807

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 22560

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 134,12604

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1911,86441

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 7050

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 626,66667

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin

B-3.1 Allgemeine Angaben Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin

In unserer Klinik betreuen wir Patienten mit Herz- oder Kreislauferkrankungen. Dazu gehören insbesondere Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK), akuter Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen oder Herzklappenfehler. Gerade bei einem akuten Herzinfarkt ist es wichtig, keine Zeit zu verlieren: Durch schnelles Handeln lässt sich viel Herzmuskelgewebe vor dem Absterben retten. Auf Fälle wie diese sind wir rund um die Uhr bestens vorbereitet – sowohl von der fachlichen Kompetenz unseres Teams als auch von der Ausstattung. An die Kardiologie angegliedert ist die internistische Intensivstation, auf der wir Patienten aller akuten internistischen Krankheitsbilder versorgen, zum Beispiel bei Nierenversagen oder einer schweren Lungenentzündung.

Als Kardiologen und Intensivmediziner ist es uns besonders wichtig, Sie umfassend und verständlich über Ihre Erkrankung aufzuklären und Sie in die Therapieentscheidung miteinzubeziehen.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dirk Böcker
Telefon	02381/18-2301
Fax	02381/18-2302
E-Mail	Dirk.Boecker@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/kardiologie-intensivmedizin-und-allgemeine-innere-medicin/leistungsspektrum.html

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Klaus Pethig
Telefon	02381/18-2601
Fax	02381/18-2302
E-Mail	klaus.pethig@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/kardiologie-intensivmedizin-und-allgemeine-innere-medicin/leistungsspektrum.html

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin

In der Klinik für Kardiologie werden alle Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems diagnostiziert und behandelt. Im Mittelpunkt der Behandlung durch unser engagiertes Team steht immer der Patient. Ein schon lange bestehender Schwerpunkt der Abteilung liegt in der Behandlung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Herzinfarkten. Seit dem Jahre 2006 besteht ein weiterer Schwerpunkt in der

Behandlung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen. Hierzu wurden moderne Diagnostik- und Therapieverfahren einschließlich der Katheterablationen sowie der Implantation von Ereignisrekordern, Defibrillatoren und Aggregaten zur kardialen Resynchronisation bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz eingeführt. Das Spektrum wurde in jüngster Zeit um die Implantation von Verschluss-Systemen für das linke Vorhofohr ergänzt. Ein weiterer und wachsender Teilbereich der Klinik ist die Diagnostik von Herzerkrankungen mittels Kernspintomografie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	Zur Therapie von Herzrhythmusstörungen werden moderne Diagnostik und Therapieverfahren inklusive der Katheterablationen sowie der Implantation von Ereignisrekordern, Herzschrittmachern, Defibrillatoren und Aggregaten zur kardialen Resynchronisation bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz durchgeführt
VC06	Defibrillatöreingriffe	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI20	Intensivmedizin	
VI27	Spezialsprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> o Herzkatheterdiagnostik o Herzschrittmacher o Implantierbare Defibrillatoren Kontrolliert werden Aggregate aller relevanten Hersteller.

VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI00	Chest Pain Unit (CPU)	Notaufnahmeeinheit in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Intensivstation, speziell ausgerichtet für die sofortige Abklärung bei unklaren Brustschmerzen oder Verdacht auf Herzinfarkt. Für die Behandlung stehen drei moderne Herzkatheterlabor mit 24 Stunden PTCA-Bereitschaft zur Verfügung.

B-3.5 Fallzahlen Klinik für Kardiologie, Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5484
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I48	989	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
2	I50	701	Herzinsuffizienz
3	I20	430	Angina pectoris
4	I21	421	Akuter Myokardinfarkt
5	I25	420	Chronische ischämische Herzkrankheit
6	I10	362	Essentielle (primäre) Hypertonie
7	R07	181	Hals- und Brustschmerzen
8	I49	143	Sonstige kardiale Arrhythmien
9	I47	134	Paroxysmale Tachykardie
10	J44	124	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	2387	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	1-275	1788	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
3	9-984	1367	Pflegebedürftigkeit

4	8-837	1026	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
5	8-835	969	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
6	8-83b	947	Zusatzinformationen zu Materialien
7	8-640	783	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8	3-990	749	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
9	9-401	711	Psychosoziale Interventionen
10	1-266	539	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Defibrillatoreingriffe (VC06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Schrittmachereingriffe (VC05)
Notaufnahme	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Erst- und Notfallversorgung aller kardiologischen Krankheitsbilder. Gesonderte Erstversorgung von Patienten mit unklaren Brustschmerzen/Verdacht auf Herzinfarkt in der Chest Pain Unit (CPU).
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	79	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	5-378	11	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 261,14286

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 391,71429

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 64,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	64,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	64,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 84,77354

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 13057,14286

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 701,27877

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 13375,60976

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 10155,55556

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1293,39623

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ22	Intermediate Care Pflege
PQ12	Notfallpflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)
ZP24	Deeskalationstraining

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 Klinik für Neurologie

B-4.1 Allgemeine Angaben Klinik für Neurologie

Als Neurologen beschäftigen wir uns mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der peripheren Nerven sowie mit Muskelerkrankungen. Dazu zählen zum Beispiel Multiple Sklerose, Schlaganfälle, Epilepsien, Migräne oder Parkinson. Aber auch Hirnhautentzündungen, Blutungen im Kopf, Bandscheibenvorfälle und Lähmungen gehören zu unserem Fachgebiet. Unser besonderes Augenmerk gilt den Schlaganfallpatienten: Wir versorgen jährlich bis zu 700 Betroffene auf unserer zertifizierten Spezialstation, der Stroke Unit. Weiterhin konzentrieren wir uns in unserem Schlaflabor auf Patienten mit Schlafproblemen.

Uns zeichnet aus, dass wir mit den anderen Fachabteilungen im St. Marien-Hospital sehr eng zusammenarbeiten, etwa mit den Kollegen aus der Kardiologie und aus der Geriatrie. Gerade bei älteren Patienten ist es hilfreich, dass wir die spezialisierten Ärzte für Altersmedizin hinzuziehen und uns über gemeinsame Patienten beraten können. Da viele ältere Patienten in der Geriatrie weiterversorgt werden, müssen sie nicht das Haus wechseln und die Ärzte sind bereits eingebunden.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Neurologie
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Marcus-Mathias Müller
Telefon	02381/18-2351
Fax	02381/18-2352
E-Mail	Marcus-Mathias.Mueller@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/neurologie/leistungsspektrum.html

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie

Die Diagnose und Therapie von Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der peripheren Nerven sowie von Muskelerkrankungen sind das Arbeitsgebiet der Klinik für Neurologie. Krankheiten wie Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Schlaganfälle, Epilepsie, Migräne oder die Parkinson-Erkrankung werden in der Klinik für Neurologie untersucht und behandelt. Aber auch Hirnhautentzündungen, Blutungen im Kopfinnern, Bandscheibenvorfälle und Lähmungen gehören zu diesem Fachgebiet. Zur Diagnostik dieser Krankheiten stehen ein Neurophysiologisches Labor, ein Liquorlabor und ein Dopplerlabor zur Verfügung.

Die Schlaganfalleinheit mit 6 Betten ist als „regionale Stroke unit“ anerkannt und nach den Vorgaben der „Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe“ und der „Deutschen Schlaganfallgesellschaft“ zertifiziert. Hier werden die Patienten im Akutstadium mit einem integrativen Behandlungskonzept schnell und sicher einer multidisziplinären Therapie zugeführt. Diese erfolgt durch speziell fortgebildete Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegern, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten sowie Mitarbeitern des Sozialdienstes. Zur weiteren Behandlung arbeiten die Neurologen eng mit Kardiologen und Intensivmedizinern, Gefäßchirurgen und Neurochirurgen sowie Radiologen und Neuroradiologen zusammen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie	Kommentar
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	

VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	Schlaganfalleinheit/Stroke Unit mit 8 Betten
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	Beginnend mit dem ersten Tag in der Akutphase und wird in kooperierenden ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesiologie
VN24	Stroke Unit	

B-4.5 Fallzahlen Klinik für Neurologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1556
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	353	Hirnfarkt
2	G40	211	Epilepsie
3	G45	133	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
4	H81	89	Störungen der Vestibularfunktion
5	G35	74	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
6	R20	53	Sensibilitätsstörungen der Haut
7	R56	43	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert
8	R42	41	Schwindel und Taumel
9	G20	36	Primäres Parkinson-Syndrom
10	G43	25	Migräne

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	901	Elektroenzephalographie [EEG]
2	9-320	882	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
3	1-208	844	Registrierung evozierter Potentiale
4	3-035	657	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
5	8-981	475	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
6	9-984	421	Pflegebedürftigkeit
7	9-401	420	Psychosoziale Interventionen
8	1-204	240	Untersuchung des Liquorsystems
9	8-390	176	Lagerungsbehandlung
10	8-020	85	Therapeutische Injektion

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Neurologische Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
Angebotene Leistung	Neurologische Frührehabilitation (VN21)
Angebotene Leistung	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (VN18)
Angebotene Leistung	Schlafmedizin (VN22)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VN23)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 143,80776

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 389

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 24,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 64,11207

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9152,94118

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 627,41935

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3241,66667

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 818,94737

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie
ZP29	Stroke Unit Care

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-5 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**B-5.1 Allgemeine Angaben Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am St. Marien-Hospital Hamm ist eine Modellklinik. Seit 2014 behandeln wir im Rahmen des Modellprojektes "Integrative Psychiatrie Hamm" (nach §64b SGB V) nach einem integrativen Therapiekonzept.

Ein umfassender Rahmenvertrag für das Modellprojekt wurde mit allen Kostenträgern geschlossen.

Das Projekt "Integrative Psychiatrie Hamm" ist auf eine ganzheitliche, stärker bedarfs- und bedürfnisorientierte Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Leistungserbringung (stationär, teilstationär, ambulant sowie aufsuchend zuhause) sowie Behandlungskontinuität ausgerichtet. Ziel des Projektes ist eine verbesserte Patientenversorgung durch den Abbau von Sektorengrenzen (stationär, teilstationär, ambulant), konstante multiprofessionelle, therapeutische Beziehungen sowie den Einbezug des persönlichen Lebensumfeldes der Betroffenen.

Unser Therapiekonzept berücksichtigt die individuellen Bedürfnisse unserer Patient*innen umfassend. Das bedeutet, wir stimmen gemeinsam mit den Patient*innen die Rahmenbedingungen, Methoden und die Intensität der Behandlung ab. Die Stationstüren unserer Klinik sind dabei grundsätzlich offen und werden nur in Ausnahmefällen kurzzeitig geschlossen.

Ganz abhängig von der Art und vom Schweregrad der Erkrankung, den Motiven und Bedürfnissen unserer Patient*innen und den medizinischen Notwendigkeiten kann die Behandlung in der Klinik oder im Lebensumfeld der Betroffenen, also auch zu Hause stattfinden. Wir ermöglichen nahtlose Übergänge zwischen vollstationärer, tagesklinischer, ambulanter und aufsuchender Behandlung.

Wir haben dabei den Anspruch, dass unsere Patient*innen vom ersten bis zum letzten Tag der Krankenhausbehandlung von einem konstanten Behandlungsteam versorgt werden. Sollte nach einer abgeschlossenen Behandlung unsere Unterstützung erneut erforderlich sein, steht den Betroffenen das gleiche vertraute Behandlungsteam wieder zur Seite.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	2900 2960
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung**Chefärztin oder Chefarzt**

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med Marcel Sieberer
Telefon	02381/18-2526
Fax	02381/18-2527
E-Mail	marcel.sieberer@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/leistungsspektrum.html

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	auf die Psyche einflussnehmende Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Störungen mit Veränderung der Stimmung
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	psychische Erkrankungen älterer Menschen
VP12	Spezialsprechstunde	Gerontopsychiatrische, Suchtpsychiatrische und Genesungsbegleiter-Sprechstunde
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VP00	Gerontopsychiatrische Tagesklinik	
VP00	Sonstige im Bereich Psychiatrie	Komplex-ambulante Behandlung, Nächtliche Kriseninterventionen, Aufsuchende Behandlung, Tageskurzinterventionen

B-5.5 Fallzahlen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	991
Teilstationäre Fallzahl	228

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	196	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F20	148	Schizophrenie
3	F19	141	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
4	F33	98	Rezidivierende depressive Störung
5	F60	90	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
6	F32	43	Depressive Episode
7	F25	37	Schizoaffektive Störungen
8	F31	30	Bipolare affektive Störung
9	F12	27	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
10	F01	25	Vaskuläre Demenz

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	8282	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	1247	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-640	384	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
4	9-647	361	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
5	9-618	312	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
6	9-617	276	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
7	9-984	223	Pflegebedürftigkeit

8	9-619	136	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
9	9-61a	32	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
10	6-006	20	Applikation von Medikamenten, Liste 6

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Psychiatrie (VP00)
Angebotene Leistung	Spezialprechstunde (VP12)

Psychiatrische Institutsambulanz Hamm	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Psychiatrie (VP00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,49	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 68,39199

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,13	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 138,99018

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 44,43

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	43,65	
Ambulant	0,78	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	44,43	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 22,70332

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 991

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 26,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 37,15786

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 485,78431

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 952,88462

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,99	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP24	Deeskalationstraining
ZP25	Gerontopsychiatrie

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 3,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,62	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 273,75691

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 6,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,25111

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 334,7973

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 623,27044

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 4,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 214,96746

B-6 Klinik für Nuklearmedizin

B-6.1 Allgemeine Angaben Klinik für Nuklearmedizin

Zielgenaue Diagnose und Therapie mit radioaktiven Stoffen
 Unser nuklearmedizinisches MVZ bietet nuklearmedizinische Diagnose- und Therapieverfahren an. Für die Diagnostik stehen zwei moderne Doppelkopf-Gammakameras zur Verfügung. Die angegliederte Therapiestation des St. Marien-Hospitals ermöglicht die Durchführung stationärer nuklearmedizinischer Therapien. Ein erfahrenes Team sorgt für eine kompetente und menschliche Patientenversorgung. Wir sind Kooperationspartner des Brustzentrums Hamm und Mitglied im Kompetenznetz Parkinson.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Nuklearmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Berthold Piotrowski
Telefon	02381/18-2376
Fax	02381/18-2377
E-Mail	Berthold.Piotrowski@marienhospital-hamm.de
Straße/Nr	Knappenstrasse 19
PLZ/Ort	59071 Hamm
Homepage	https://www.marienhospital-hamm.de/kliniken/nuklearmedizin/leistungsspektrum.html

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Nuklearmedizin

Die Klinik für Nuklearmedizin ist für alle Untersuchungen und Behandlungen mit offenen radioaktiven Stoffen am St. Marien-Hospital Hamm und den kooperierenden Kliniken zuständig. Schwerpunkt der Behandlung sind vor allem Patienten mit gutartigen und bösartigen Schilddrüsenerkrankungen. Zur Diagnostik und Therapie dieser und weiterer Erkrankungen werden zwei hochauflösende Gamma-Kameras eingesetzt.

Durch den Einsatz einer Spect-Kamera sind auch Schnittbilder verfügbar. Diese Technik wird insbesondere für Herz- und Hirn-Szintigramme genutzt. Neben dem klassischen Einsatzgebiet der Schilddrüsendiagnostik und -therapie werden auch alle weiteren gängigen Szintigraphieverfahren eingesetzt. Mit integriert in die Klinik für Nuklearmedizin ist eine moderne und wohnlich eingerichtete Therapiestation.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Nuklearmedizin	Kommentar
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
VI38	Palliativmedizin	
VR00	Therapie mit	rezeptorgerichteten Antikörper Radiosynoviorthese medikamentöse Therapie SIRT (Selective Internal Radiation Therapy)

B-6.5 Fallzahlen Klinik für Nuklearmedizin

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	169
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E05	99	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]
2	C73	60	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
3	D34	9	Gutartige Neubildung der Schilddrüse
4	M17	<= 5	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-531	169	Radiojodtherapie
2	3-721	86	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens
3	3-722	61	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge
4	3-720	35	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Gehirns
5	9-984	8	Pflegebedürftigkeit
6	9-401	6	Psychosoziale Interventionen
7	8-530	<= 5	Therapie mit offenen Radionukliden

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Medizinisches Versorgungszentrum	
Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebotene Leistung	Radiojodtherapie (VR39)
Angebotene Leistung	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)
Angebotene Leistung	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen (VR21)
Angebotene Leistung	Szintigraphie (VR18)
Angebotene Leistung	Therapie mit offenen Radionukliden (VR38)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-613	<= 5	Phlebographie der Gefäße einer Extremität

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 402,38095

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 402,38095

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ44	Nuklearmedizin
AQ54	Radiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 185,71429

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1549	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Nierentransplantation (PNTX) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	132	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	291	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	408	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	133	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	65	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	12	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	33	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	32	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	8	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	137	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	5	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation) (HEP_IMP)	135	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	97	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	61	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	8	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	53	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	233
Beobachtete Ereignisse	232
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,57%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,09 - 99,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,61 - 99,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	229
Beobachtete Ereignisse	228
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,56%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,13 - 99,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,57 - 99,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,24 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	124
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,66%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,82 - 91,14%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,38 - 97,39%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	93
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,88%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,29 - 92,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,21 - 98,93%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	152
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,47 - 96,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,54 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	152
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,74 - 98,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,54 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722

Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	224
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,56%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,66 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,53 - 99,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	11,40
Ergebnis (Einheit)	1,40
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,88 - 2,18
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	160
Beobachtete Ereignisse	42

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	26,25%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,46 - 17,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	20,05 - 33,57%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	233
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	25,75%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,04 - 18,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	20,56 - 31,73%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	18,79
Ergebnis (Einheit)	1,33
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,92 - 1,89
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	152
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,57 - 96,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,54 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	7,39
Ergebnis (Einheit)	1,22
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,66 - 2,13
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	160
Beobachtete Ereignisse	159
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,38%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,85 - 98,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,55 - 99,89%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	157
Beobachtete Ereignisse	156
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,36%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,89 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,48 - 99,89%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,41 - 98,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	155
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,31%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	66,70 - 67,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,13 - 85,31%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	65
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,01%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 - 92,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,75 - 99,18%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 - 95,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,37 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie
	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,58 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,37 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dekubitusprophylaxe
	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Grundgesamtheit	9250
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	48,92
Ergebnis (Einheit)	0,57
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 0,83
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dekubitusprophylaxe Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	9250
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Dekubitusprophylaxe Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	9250
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,24%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,16 - 0,36%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	9250
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	9250
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,06%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,03 - 0,14%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	225
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,32 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,58%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	
Herzschrittmacher-Implantation	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Sterblichkeit im Krankenhaus	
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,23
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,76 - 6,34
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	
Herzschrittmacher-Implantation	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	192
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,46%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,20 - 88,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,58 - 99,48%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	488
Beobachtete Ereignisse	461
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,47%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,30 - 95,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,07 - 96,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,34 - 1,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140

Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,49 - 99,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,90 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	12,07
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,36 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,31
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	41,86%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	52,95 - 53,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	33,70 - 50,49%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,45%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,26 - 96,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,52 - 99,57%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,36
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 72,55
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,70 - 1,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 - 0,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,25%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,83 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,06 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,88%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,49 - 97,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,26 - 99,45%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,58 - 92,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,57 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,03
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131

Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	61
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,83%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,22 - 91,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,14 - 99,13%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	101
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,52%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,22 - 96,83%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 - 0,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,72%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,35
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,53 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 0,87
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 1,74
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 1,00%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	31,25%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	53,05 - 54,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	17,95 - 48,57%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 96,25
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,48 - 0,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,16 - 1,70%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	786
Beobachtete Ereignisse	403
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	51,27%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	61,68 - 62,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	47,78 - 54,76%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	591
Beobachtete Ereignisse	319
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	53,98%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	29,74 - 30,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,95 - 57,97%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,32%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,09 - 75,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,08 - 95,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,78 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,03 - 3,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	1134
Beobachtete Ereignisse	244
Erwartete Ereignisse	162,33
Ergebnis (Einheit)	1,50
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,60 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,32 - 1,70
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56006
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	10,79
Ergebnis (Einheit)	1,11
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,61 - 1,88
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	450
Beobachtete Ereignisse	129
Erwartete Ereignisse	87,36
Ergebnis (Einheit)	1,48
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,24 - 1,75
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,23 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	1135
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,26%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,70 - 4,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,34 - 4,41%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,33%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,71 - 18,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,88 - 18,61%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Ergebnis-ID	56011
Grundgesamtheit	450
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,22%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,03 - 11,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,15 - 3,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,40%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,00 - 93,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,47 - 97,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	392
Beobachtete Ereignisse	373
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,15%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,99 - 95,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,69 - 96,96%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

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

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit (KHK)
Chronische Herzinsuffizienz
Asthma bronchiale
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Kniegelenk-Endoprothesen werden am Standort 01 erbracht. Die Angaben zu den Mindestmengen finden sich in diesem Berichtsteil.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.1.a *Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen*

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.b *Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)*

C-5.2.1.c *Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)*

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	67
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	43
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	27

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Geriatric	Station B	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station B	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station C	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station C	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station D	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station D	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K 2	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station K 2	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station KN 10	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station KN 10	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	Station KN 11	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station KN 11	Nachtschicht	83,33%	0
Geriatric	Station KN 12	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station KN 12	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station B	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station D	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station K 2	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station KN 10	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station KN 11	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station KN 12	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station C	Tagschicht	100,00%	0
Neurologie	Station E	Tagschicht	100,00%	0
Neurologie	Station E	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station K	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station K	Nachtschicht	100,00%	0
Neurologische Schlaganfallereinheit	Stroke Unit	Tagschicht	100,00%	0
Neurologische Schlaganfallereinheit	Stroke Unit	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatric	Station B	Tagschicht	99,71%
Geriatric	Station B	Nachtschicht	97,32%
Geriatric	Station C	Tagschicht	99,10%
Geriatric	Station C	Nachtschicht	93,64%
Geriatric	Station D	Tagschicht	98,33%
Geriatric	Station D	Nachtschicht	100,00%
Geriatric	Station K 2	Tagschicht	100,00%
Geriatric	Station K 2	Nachtschicht	91,51%
Geriatric	Station KN 10	Tagschicht	89,20%
Geriatric	Station KN 10	Nachtschicht	95,60%
Geriatric	Station KN 11	Tagschicht	76,25%
Geriatric	Station KN 11	Nachtschicht	83,52%
Geriatric	Station KN 12	Tagschicht	95,24%
Geriatric	Station KN 12	Nachtschicht	93,70%
Innere Medizin und Kardiologie	Station B	Tagschicht	99,71%
Innere Medizin und Kardiologie	Station D	Tagschicht	98,33%
Innere Medizin und Kardiologie	Station K 2	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin und Kardiologie	Station KN 10	Tagschicht	89,20%
Innere Medizin und Kardiologie	Station KN 11	Tagschicht	76,25%
Innere Medizin und Kardiologie	Station KN 12	Tagschicht	95,24%
Innere Medizin	Station C	Tagschicht	99,10%
Neurologie	Station E	Tagschicht	94,28%
Neurologie	Station E	Nachtschicht	82,93%
Intensivmedizin	Station K	Tagschicht	82,35%
Intensivmedizin	Station K	Nachtschicht	89,59%
Neurologische Schlaganfallereinheit	Stroke Unit	Tagschicht	89,73%
Neurologische Schlaganfallereinheit	Stroke Unit	Nachtschicht	92,43%

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-2 Qualitätsziele

Kundenorientierung

Wir wollen die Zufriedenheit unserer Kunden steigern, indem wir die Angebote und den Service unserer Einrichtungen für Patienten stetig weiterentwickeln.

- In den Krankenhäusern binden wir unsere Patienten und Angehörigen über eine intensive Aufklärung in die Behandlungsplanung ein.
- Die kollegiale Zusammenarbeit mit den zuweisenden und weiterbehandelnden Einrichtungen ist für uns selbstverständlich. Wir versorgen unsere Patienten in enger Abstimmung mit ihren Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten, zuweisenden Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken auch im Rahmen der Integrierten Versorgungsverträge mit Krankenkassen.
- Wir bieten neben der professionellen Behandlung weitreichenden Service in den nichtmedizinischen Bereichen wie Unterbringung und Speisenversorgung.
- Wir informieren Patienten, Angehörige und weitere Interessierte in einem Quartalsmagazin über die aktuellen Entwicklungen in der Gesellschaft und geben ihnen darüber hinaus eine Vielzahl an Fachbroschüren an die Hand.
- Regelmäßig bieten wir Patientenseminare und Veranstaltungen für Angehörige sowie Führungen durch spezielle Abteilungen an und laden zu Kursen ein.

Ob unsere Kunden mit uns zufrieden sind, überprüfen wir durch regelmäßige Patientenbefragungen.

Mitarbeiterorientierung

Wir wollen ein attraktiver Arbeitgeber für motivierte, qualifizierte und verantwortungsvolle Mitarbeiter sein. Für die interne Qualifizierung und Weiterbildung unserer Mitarbeiter steht ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm zur Verfügung.

- Zur Gesundheitsförderung bieten wir unseren Mitarbeitern Sport- und Entspannungskurse sowie eine individuelle Betreuung durch unseren betriebsärztlichen Dienst an.
- Wir berücksichtigen die Interessen der Mitarbeiter, die wir in Mitarbeitergesprächen herausarbeiten.
- Auf persönliche Lebenssituationen stellen wir uns durch die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung ein.
- Unsere Mitarbeiter haben die Möglichkeit, sich mit ihren Ideen und Verbesserungsvorschlägen über ihre tägliche Arbeit hinaus an der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Unternehmens zu beteiligen.
- In einer zweitägigen Einführungsveranstaltung wird allen neuen Mitarbeitern das Unternehmen vorgestellt.
- Für die Mitarbeiter der Pflege wurde ein mehrstufiges Einarbeitungskonzept entwickelt.
- Vierteljährlich erarbeiten wir gemeinsam mit interessierten Mitarbeitern eine Mitarbeiterzeitschrift, die einen Blick auf die unterschiedlichen Bereiche des Unternehmens eröffnet.
- Alle drei Jahre feiert die Gesellschaft mit allen Mitarbeitern ein großes Betriebsfest.

Um zu überprüfen, ob unsere Mitarbeiter die eingeleiteten Maßnahmen anerkennen, führen wir regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch.

Unternehmensführung

Die Geschäftsführung zeigt sich über das Leitbild der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft verantwortlich für Patienten und Mitarbeiter aber auch für Wirtschaftlichkeit und Effektivität.

- Die Geschäftsführung verabschiedete Führungsinstrumente wie die o.g. Mitarbeitergespräche und Führungsgrundsätze.

- Um die ethische Auseinandersetzung mit Fragen der Versorgung und Betreuung von Patienten und Bewohnern zu fördern, wurde das beschriebene Ethik-Komitee konstituiert.
- Respekt der Umwelt gegenüber ist uns ein selbstverständliches Anliegen. Anfall und fachgerechte Entsorgung von Abfällen wird durch eine Fachkraft kontinuierlich überwacht.
- Der sorgfältige Umgang mit Ressourcen spiegelt sich in Stellen-, Erlös- und Kostenplanungen, sowie der Teilnahme an der bundesweiten Kostenkalkulation der Relativgewichte wider.
- Um steigenden Ausgaben im Pharma- und Medical-Bereich entgegenzuwirken, arbeiten wir im Einkauf eng mit anderen Krankenhäusern der Region zusammen.
- Zahlen und Bilanzen werden jährlich in einem Geschäftsbericht und im Internet veröffentlicht.

Unsere betriebswirtschaftlichen Ergebnisse überprüfen wir durch Teilnahme an verschiedenen Benchmarks, z.B. über das Deutsche Krankenhausinstitut GmbH, den Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V., den Caritas-Verband und bzgl. der Kostenträgerrechnung über die Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH.

Spiritualität

Als konfessionelle Einrichtung bieten wir Patienten und Bewohnern professionelle seelsorgerliche Betreuung. Wir beachten auch die spirituellen Bedürfnisse unserer Mitarbeiter.

- Das Seelsorgeteam bietet Gläubigen beider großen christlichen Konfessionen neben Gottesdiensten umfangreiche Möglichkeiten zur Einzelbetreuung in vertraulicher Atmosphäre.
- Alle Einrichtungen verfügen über eine Kapelle, die Patienten und Angehörigen immer offen steht.
- Patienten nichtchristlicher Religionszugehörigkeit stellen wir die Möglichkeit zum Beten zur Verfügung und organisieren für sie nach Bedarf auch spirituelle Betreuung durch Seelsorger der jeweiligen Glaubensrichtungen.
- Wir führen regelmäßig Besinnungstage für die Mitarbeiter durch.
- Die Ziele, Aufgaben und Angebote der Seelsorge in den Einrichtungen unseres Unternehmens sind in einem Seelsorgekonzept zusammengefasst, das mit allen beteiligten Seelsorgern gemeinsam erarbeitet wurde.
- Analog zum Seelsorgekonzept wurde ein Konzept für die Tätigkeit von Ehrenamtlichen in den Einrichtungen der gGmbH entwickelt. Ziele, Voraussetzungen für die Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit sowie die unterschiedlichen Einsatzgebiete sind in diesem Konzept ausführlich beschrieben.

Sicherheit

Die Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter in der täglichen Arbeit ist ein zu schützendes Gut.

- Unsere Mitarbeiter werden berufsgruppenbezogen in Erster Hilfe, Reanimation, Brandschutz, Arbeitssicherheit sowie dem Umgang mit Gefahrstoffen geschult.
- Unsere Einrichtungen werden regelmäßig nach sicherheitstechnischen Aspekten begutachtet.
- Für Brand- und Katastrophenfälle liegt ein systematischer Ablaufplan vor. Alle Mitarbeiter werden hierzu regelmäßig trainiert.
- Ein effektives Hygienemanagement ist uns ein besonderes Anliegen. Das qualifizierte Hygieneteam gewährleistet Überwachungen, Schulungen und hygienesichernde Maßnahmen.
- Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit Patientensicherheit, um Schwachstellen zu identifizieren und im Sinne des Risikomanagements zu verbessern. Eine klare Kommunikation in Stresssituationen wird in Teamtrainings geübt.

Informationswesen

Sorgfältiger Umgang mit Kundendaten und Datenschutz sind für uns selbstverständlich.

- Wir nutzen ein Krankenhausinformationssystem.
- Über ein differenziertes, zentral gesteuertes EDV-Berechtigungskonzept ist für jeden Mitarbeiter eine auf die Aufgaben abgestimmte, optimale Nutzung mit gleichzeitiger Sicherstellung des Datenschutzes gewährleistet. Schulungen zum Datenschutz erhalten neue Mitarbeiter am Einführungstag.
- Weitere EDV-Programme sind mit dem Krankenhausinformationssystem vernetzt und gewährleisten einen sicheren Datenaustausch.

- Ausfallkonzepte sind für alle EDV-basierten Anwendungen vorhanden und stellen die Handlungsfähigkeit in allen Leistungsbereichen sicher.
- Das St. Marien-Hospital Hamm gem.GmbH verfügen über ein Intranet-Portal, das einen unmittelbaren Informationsaustausch zwischen Kliniken und Abteilungen erlaubt. Jede Organisationseinheit kann eine eigene Präsentation gestalten. Übergreifend sind gesellschaftsweite Bereiche dargestellt.
- Ein Dokumentenverwaltungssystem im Intranet erlaubt einen schnellen Zugriff auf Formulare, Behandlungspfade, Konzepte und weitere Dokumente.

Qualitätsmanagement

Die Aktivitäten unseres Qualitätsmanagements zielen auf eine regelmäßige Prüfung und darauf aufbauende Optimierung unserer Arbeitsprozesse und Strukturen ab, um die Versorgung unserer Patienten und Bewohner sicherzustellen und ständig zu verbessern.

- Die wichtigsten Prozesse und Strukturen werden in Prozessbeschreibungen oder Behandlungspfaden erfasst.
- Im Rahmen interner Audits werden alle Leistungsbereiche durch Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen analysiert.
- Verbesserungspotentiale werden benannt und der Geschäftsführung vorgestellt, die über Dringlichkeit, Reihenfolge und Art der Umsetzung entscheidet.

So vollziehen wir einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der seinen Ausdruck in externen Überwachungen und Zertifizierungen findet.

Gesellschaft / Öffentlichkeitsarbeit

Das St. Marien-Hospital Hamm möchte von der Öffentlichkeit als kompetenter Leistungserbringer im Gesundheitswesen wahrgenommen werden. Wir informieren unsere Kunden über unser Angebot in verschiedenen Medien. Die Öffentlichkeitsarbeit ist uns ein besonderes Anliegen.

- Wir bieten zahlreiche Vortrags- und Informationsveranstaltungen an.
- Wir beteiligen uns mit Engagement an Gesundheitsaktionen unserer Partner.

Imageanalysen und Befragungen niedergelassener Ärzte sowie die Ableitung entsprechender Maßnahmen aus den Ergebnissen sind für uns selbstverständlich.

Forschung

Die St. Marien-Hospital beteiligt sich im Rahmen der medizinischen Forschung und Entwicklung im Sinne der Patienten an wissenschaftlichen Projekten.

Für Mitarbeiter bestehen Möglichkeiten zu wissenschaftlichem Arbeiten und zur Promotion.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Neu für Hamm formulieren

Aufgaben der Abteilung

Folgende vielfältige Aufgaben werden durch die Abteilung QM abgedeckt werden:

- Beratung der Geschäftsführung zu QM-relevanten Themen
- Vertretung des Qualitätsmanagements in internen Gremien der gGmbH
- Vertretung des Unternehmens in externen, überregionalen QM-Foren
- Verfassung der Qualitätsberichte
- Beratung der Einrichtungen, Kliniken, Abteilungen, Zentren
- Moderation und Organisation von Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen
- Ausbildung, Schulung und Beratung interner Auditoren
- Organisation, Durchführung und Überwachung interner Audits
- Organisation der QM-Managementbewertungen

- Koordination des Meldewesen (Beschwerden, Ideen, Risiken, Beinahefehler, Fehler)
- Entwicklung und Begleitung interner und externer Maßnahmen zur Patienten- und Bewohnersicherheit
- Förderung und Weiterentwicklung der internen Kommunikation und des Intranets
- Information interner und externer Kunden zu qualitätsrelevanten Themen
- Bewertung der Ergebnisse externer Qualitätssicherungsverfahren in Zusammenarbeit mit der Abteilung Controlling, Ableitung erforderlicher Maßnahmen
- Organisation und Koordination der externen Zertifizierungen
- Koordination der Pflege aller QM-Handbücher der Einrichtungen
- Unterstützung der Organisationseinheiten bei der Dokumentenlenkung

interdisziplinäres Auditoren-Team

Die Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO erfordert es, alle Leitungsbereiche so genannten internen Audits zu unterziehen. Ein Audit bezeichnet eine systematische, unabhängige und dokumentierte Überprüfung von Maßnahmen, Verfahren und Strukturen auf Übereinstimmung mit festgelegten Anforderungen und Erreichen gesetzter Ziele. Durch interne Audits soll sichergestellt werden, dass das Qualitätsmanagementsystem entsprechend den externen und internen Qualitätsanforderungen der Einrichtung aufrechterhalten wird, das System an neue Anforderungen angepasst und kontinuierlich verbessert wird. Die Ergebnisse der Audits werden in der Managementbewertung (Management Review) bewertet, um Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und die Mitarbeiter zu einem gesteigerten Qualitätsbewusstsein zu führen.

Die Abteilung Qualitätsmanagement erstellt einen Jahresplan für die internen Audits, der sicherstellt, dass alle qualitätsrelevanten Bereiche regelmäßig überprüft werden.

Als Auditoren werden neben den Mitarbeitern der Abteilung QM auch Mitarbeiter aus den acht Einrichtungen und verschiedenster Berufsgruppen eingesetzt. Die Auditoren verfügen über die erforderlichen Fachkenntnisse, die ihnen in Schulungen durch die Abteilung Qualitätsmanagement vermittelt werden. Die Audit-Teams werden entsprechend der Aufgabenstellung und des Umfangs des geplanten Audits zusammengestellt. Da die Auditoren unabhängig sein müssen, sind Audits im eigenen Arbeitsbereich ausgeschlossen.

Durch die einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Zusammensetzung ergeben sich Synergieeffekte und ein interdisziplinärer Austausch. Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen auditieren sich gegenseitig, was neben dem inhaltlichen Austausch auch die Kommunikation der teilweise arbeitstäglich weit entfernten Bereiche fördert. Zusätzlich bestehen Kontakte zu Qualitätsmanagern und internen Auditoren kooperierender Einrichtungen, mit denen seit 2010 auch trägerübergreifende Audit-Teams gebildet werden.

Qualitätsmanagementbeauftragte und Ansprechpartner

In einigen Organisationsbereichen stehen zusätzliche, benannte Mitarbeiter des jeweiligen Bereiches als Qualitätsmanagement-Ansprechpartner (QMA) oder -Beauftragte (QMB) zur Verfügung. Hier sind insbesondere die zertifizierten Gebiete wie das Regionale TraumaZentrum und das Endo-Prothesen Zentrum Hamm zu nennen. Die entsprechenden Mitarbeiter haben besondere Schulungen oder Erfahrungen im Qualitätsmanagement ihres Tätigkeitsfeldes erlangt: Die QMA bzw. QMB sind die direkten Ansprechpartner für die Abteilung Qualitätsmanagement, um die QM-bezogenen Aktivitäten und Maßnahmen ihres Bereiches zu koordinieren und zu bearbeiten.

Ziel ist es, in jeder Organisationseinheit eine/n Mitarbeiter/in als Ansprechpartner zu benennen und entsprechend zu qualifizieren.

Arbeitskreise und Qualitätszirkel

In vielen Arbeitsbereichen sind dauerhafte QM-Arbeitskreise etabliert, die in monatlichen oder vierteljährlichen Treffen tätig sind und mindestens einmal jährlich der Geschäftsführung berichten. Einige Arbeitsgruppen tagen unregelmäßig und beraten zusätzlich anlassbezogen über qualitätsrelevante Themen, da ein regelmäßiger Austausch über andere Kommissionen (siehe Kapitel "Instrumente des Qualitätsmanagements") gewährleistet ist.

Zu speziellen Themen werden kurzfristige Qualitätszirkel organisiert, die projektorientiert vorgehen und ihre Ergebnisse nach Erarbeitung eines entsprechenden Konzeptes der Geschäftsführung vorlegen.

Durch diese beiden Arbeitsformen sowie die Möglichkeit an internen Audits mitzuwirken, ist gewährleistet, dass jeder interessierte Mitarbeiter sich entsprechend seiner zeitlichen und persönlichen Möglichkeiten für Qualitätsmanagement-Tätigkeiten einbringen kann. Mit einer stetig ansteigenden Beteiligung in den Arbeitsgruppen verbesserten sich die Transparenz und das Bewusstsein für die Relevanz des Qualitätsmanagements. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft ist ein erklärtes Ziel der Geschäftsführung und der Betriebsleitungen, das von dort gefördert und von den Mitarbeitern getragen wird.

"Veränderung sichert unsere Zukunft"

Dieser Ausspruch hat sich zum Motto des Qualitätsmanagements entwickelt. und steht seitdem für kontinuierliche Aktivität und kollegiale Teamarbeit.

In den vergangenen zehn Jahren sind insgesamt über 130 Mitarbeiter/innen speziell im Qualitätsmanagement geschult worden. Von den Mitarbeitern, die nach wie vor in einer Einrichtung der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH beschäftigt sind, ist etwa ein Drittel nach wie vor als interner Auditor, QMA/QMB oder in einem Arbeitskreis tätig. Die anderen geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienen als Multiplikatoren, um ihre Kolleginnen und Kollegen über die Ziele und Aktivitäten im Sinne des Qualitätsmanagements zu informieren und so eine möglichst weitreichende Durchdringung zu erreichen.

Um allen Interessierten Informationen und Schulungen auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu bieten, veranstaltet die Abteilung Qualitätsmanagement über das Fortbildungsprogramm der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) mehrfach pro Jahr Schulungen zu verschiedenen qualitätsrelevanten Themen, z.B. Schulungen zu Internen Audits, Schulungen für Interne Auditoren, Schulungen zu Normanforderungen der DIN EN ISO 9001, Schulungen zum Umgang mit Kundenrückmeldungen wie Beschwerden oder Verbesserungsvorschlägen. Weitere Themen können immer kurzfristig durch die Abteilung angeboten werden. Eine anschließende Bewertung der Schulungen durch die Teilnehmer wird immer durch die Abteilung IBF organisiert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel zeichnen sich durch eine unmittelbare Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Verantwortlichen eines Unternehmens aus. Entscheidend ist hier die direkte Einbindung des Dienstleistungsbereiches, der verbessert werden soll. Ebenso bedeutend ist die Zusammenarbeit der Gruppe als Team bei gleichzeitiger Wertschätzung jedes Einzelnen, unabhängig von arbeitstäglichen Hierarchien.

Qualitätszirkel finden in der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft seit 1992 statt. Die Treffen der Mitarbeiter verschiedenster Berufsgruppen und Einrichtungen finden während der Arbeitszeit statt. Die Mitarbeiter entwickeln Lösungsvorschläge zu abteilungsinternen oder -übergreifenden Problemen.

In den vergangenen 19 Jahren konnten zahlreiche Qualitätszirkel abgeschlossen werden. Beispielhaft seien hier einige Themen genannt:

- Einführung der Bereichspflege auf den Stationen
- Einführung einer betrieblichen Suchtkrankenhilfe
- Optimierung der Ablauforganisation auf den Stationen
- Verbesserung der patienten- und bedarfsorientierten Speisenversorgung
- Verbesserung der Abfallentsorgung und des Umweltmanagements
- Aktualisierung des Pflegedokumentationssystems
- Einführung eines systematischen Beschwerdemanagements
- Einführung einer Ideenbörse
- Erstellung eines Krisenplans für Mitarbeiter in Notsituationen, Konzipierung von Schulungen zum Erkennen von Krisensituationen und zu Erstmaßnahmen
- Aufbau und Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Etablierung von Sportgruppen
- Verbesserung des Serviceangebotes im St. Marien-Hospital Hamm

Meldewesen und Beschwerdemanagement

"Wer sich beschwert, meint es gut mit uns". Diese Aussage begründet kurz und knapp, warum in der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft großer Wert auf eine systematische Erfassung aller Beschwerden von Patienten, Angehörigen, Besuchern und allen weiteren Kunden gelegt wird. Beschwerden decken Fehler oder ungünstige Prozessabläufe auf und bieten so die Chance, die Qualität der Arbeit und Dienstleistungen zu verbessern.

Die Mitarbeiter werden in Schulungen sensibilisiert und motiviert, Beschwerden oder auch Anregungen aufmerksam entgegenzunehmen und weiterzuleiten. Unterstützend wurde eine Verfahrensbeschreibung erstellt, die die Grundlagen des Beschwerdemanagements erläutert. Die Meldewege sind vielfältig, am häufigsten wenden sich Patienten oder Angehörige mit ihren Anliegen telefonisch oder mit einem Anschreiben an die Geschäftsführung oder direkt an die Abteilung Qualitätsmanagement. Der "Kunde" und die Mitarbeiter, die vom Beschwerdeinhalt betroffen sind, erhalten zeitnahe Rückmeldungen über den weiteren Verlauf, wenn die eingehenden Anmerkungen unter Beteiligung der Betroffenen geklärt wurden. Durchschnittlich bis zu 200 Beschwerden pro Jahr werden seit Einführung dieses Instruments gemeldet, das in allen Einrichtungen des Unternehmens zur Verfügung steht. Die häufigsten Beschwerdegründe sind Kommunikationsdefizite und Störungen in den Betriebsabläufen (Wartezeiten). In den meisten Fällen wird die Aufarbeitung von den Patienten und Angehörigen positiv bewertet, was sich auch darin zeigt, dass kaum anonyme Beschwerden eingehen.

Ideen und Verbesserungsvorschläge von Kunden und Mitarbeitern werden in gleicher Weise bearbeitet. Ein berufsgruppenübergreifendes Team sichtet die eingegangenen Meldungen und leitet ausgewählte Vorschläge zur weiteren Entscheidung an den Geschäftsführer weiter. Alle Vorschläge nehmen an einer jährlichen Verlosung von Anerkennungspreisen teil.

Auch Fehler, Beinahefehler und Risiken können gemeldet werden. Hier ist ebenfalls eine systematische Aufarbeitung in der dargestellten Weise sichergestellt, damit Kunden und Mitarbeiter von abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen profitieren können.

Bewertungen und Befragungen

Kontinuierliche Kundenbewertung in den Krankenhäusern

Neben der Eingabe einer Beschwerde, die sich meist auf offensichtliche Fehler oder manifeste Probleme bezieht, können Patienten des Krankenhauses einen Bewertungsbogen ausfüllen, der kurze Fragen zur Zufriedenheit enthält, die per Schulnotensystem beantwortet werden können. Die Bewertung bezieht sich auf die stationäre Aufnahme, die medizinische Behandlung durch Ärzte und Pflegepersonal, die Verpflegung, die Sauberkeit, die Zimmerausstattung und den Service. Freitextzeilen lassen Raum für persönliche Anmerkungen.

Die Bögen können in "Lob- und Tadel"-Briefkästen eingeworfen werden. Die statistische Auswertung der Schulnoten-Bewertung erfolgt einmal jährlich, die Freitext-Angaben werden den Betriebsleitungen sofort nach der wöchentlichen Leerung vorgelegt, um angemessen und zeitnah reagieren zu können. Die Rücklaufquoten der Bewertungsbögen liegen im Schnitt bei 2,5-3%. Die Auswertungen lassen sowohl einen direkten Vergleich der vier Krankenhäuser der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft untereinander, als auch die Beurteilung der zeitlichen Entwicklung über mehrere Jahre zu.

Die Küchen erfassen Kundenwünsche und Bewertungen bezüglich der Speisenversorgung in den Krankenhäusern durch zusätzliche Fragebögen.

In den ambulanten Bereichen und dem Ambulanten OP-Zentrum haben Patienten, die Möglichkeit spezifische Bewertungsbögen für diese Bereiche auszufüllen.

Die Ergebnisse aller Befragungen werden in den entsprechenden Abteilungen vorgestellt und diskutiert. Außerdem werden sie im Rahmen der jährlichen Managementbewertungen diskutiert, um ggf. Maßnahmen ableiten zu können.

Patientenbefragungen

Im Abstand von 3 Jahren werden alle Patienten den I. Quartals zu bestimmten Themen befragt. Auch diese Ergebnisse werden den Abteilungen vorgestellt.

Einweiserbefragungen

Einweiserbefragungen werden Klinik-/Abteilungsbezogen durchgeführt.

Lieferantenbefragungen

Lieferantenbefragungen werden durch die Wirtschaftsabteilung durchgeführt.

Mitarbeitergespräche / Mitarbeiterbefragungen

Gespräche

Für die Weiterentwicklung des Unternehmens werden auch Wünsche und Kritik der Mitarbeiter als entscheidende Information betrachtet. Allen Führungskräften wird empfohlen, mit ihren Mitarbeitern ein jährliches, strukturiertes Mitarbeitergespräch zu führen. Ziele des Unternehmens und des Arbeitsbereichs sollen mit den beruflichen und privaten Zielen der Mitarbeiter in Übereinstimmung gebracht werden. Vereinbarungen zwischen Mitarbeiter und Führungskraft sind hierbei vertraulich zu behandeln. Die Mitarbeitergespräche dienen dem Dialog zwischen den Führungsebenen und ihren Mitarbeitern und ermöglichen Rückmeldungen zum Führungsverhalten.

Befragungen

2016 führt das Beratungsunternehmen „Great Place to Work®“ Befragungen und Audits der Mitarbeiter durch. „Great Place to Work®“ ist ein Beratungsunternehmen, dessen Kerngeschäft die Durchführung von Befragungen und Audits (branchenunabhängig) zur seitens der Mitarbeiter erlebten Qualität und Attraktivität des Arbeitgebers ist. An die Befragung und das Audit kann sich die Teilnahme an einem bundesweiten Benchmark und am Unternehmenswettbewerb der „besten Arbeitgeber“ anschließen. Die von diesem Unternehmen konzipierten Fragebögen und Auditstandards entsprechen den seit 2014 definierten gesetzlichen Kriterien des Arbeitsschutzgesetzes (§5 Abs. 3 Punkt 6 ArbSchG).

In der Auswertung der ersten Befragungen wurde die Aussage „Alles in allem kann ich sagen, dies hier ist ein sehr guter Arbeitsplatz.“ von 77% der Beteiligten mit „Trifft überwiegend zu“ oder „Trifft fast völlig zu“ positiv beantwortet.

Der sogenannte „Trust Index“, der Mittelwert aller Schlüsselaussagen, liegt mit einer zustimmenden Bewertung von 65% der Teilnehmer ebenfalls über dem Durchschnitt aller 425 Einrichtungen der Branche Gesundheits- und Sozialwesen, die sich in den vergangenen 6 Jahren an dieser Befragung beteiligt haben.

Zusätzlich führt die Personalabteilung zu ausgewählten Themen wie zum Beispiel „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ mitarbeiterbezogene Befragungen durch.

Öffentlichkeitsarbeit

Ein entscheidendes Instrument für die Transparenz sowie Verbreitung der Unternehmenskultur und der Unternehmensziele ist eine kunden- und mitarbeiterorientierte Öffentlichkeitsarbeit. Im St. Marien-Hospital Hamm wurde deshalb speziell für diese Aufgaben eine Stabsstelle geschaffen. Analog der Stabsstelle Qualitätsmanagement ist auch die Öffentlichkeitsarbeit in der Zwischenzeit eine Abteilung mit fachgebundener Weisungsbefugnis, um den Stellenwert und die zunehmende Bedeutung einer professionellen Unternehmenskommunikation zu verdeutlichen.

Die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit zeigt sich verantwortlich für die interne und externe Kommunikation des Krankenhauses und steht der Geschäftsführung in allen medienrelevanten Fragen beratend zu Seite. Sie berichtet über aktuelle Themen der Kliniken und neue Entwicklungen der Einrichtung anhand regelmäßiger Pressemeldungen sowie Einladungen zu Pressegesprächen an die regionalen und überregionalen Medien. Darüber hinaus steht die Abteilung Journalisten und Autoren jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung, die ergänzend eigene Themen umsetzen möchten.

Die Abteilung begleitet die Erstellung zahlreicher Publikationen und die Ausrichtung öffentlicher Veranstaltungen.

Das St. Marien-Hospital informiert ihre Mitarbeiter, Patienten, Bewohner, Angehörige, Kooperationspartner und weitere Interessierte durch folgende Medien und Veranstaltungen:

- Mitarbeiterzeitschrift "Johannes Journal"
- Patientenzeitung "Johannes im Dialog"
- Patientenmagazin „Jo.Do“
- Flyer, Broschüren, Plakate, Veranstaltungseinladungen

- **Jährlicher Geschäftsbericht der Geschäftsführung**
- **Jährlicher Qualitätsbericht der Geschäftsführung**
- Unternehmensinternes Intranet (Präsentation der Abteilungen und ihrer Ansprechpartner; Informationen zu Führungsgrundsätzen, Mitarbeitergesprächen; aktuelle Meldungen im Sinne eines "Schwarzen Bretts", interne Stellen- und Fortbildungsangebote)
- Präsentation des Krankenhauses im Internet
- Imagefilme der Einrichtungen
- Präsentation des Unternehmens auf der Bildungsmesse Hamm in den Zentralhallen in Hamm und auf weiteren Fachmessen in der Region
- Öffentliche Kurse für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, regelmäßige Abendvorlesungen „Gesundheit“ in einem öffentlichen Hörsaal des Hammer Heinrich-von-Kleist-Forum, das monatlich stattfindende „Orthopädie Café“ zur Information von Patienten die ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk bekommen sollen, monatlicher öffentlicher Vortrag zu Herzrhythmusstörungen am Standort Knappenstrasse.

Kommissionen und Konferenzen, um den internen Informationsaustausch bezüglich Strategie und Planung sicherzustellen, tagen folgende Kommissionen in festgelegten Zeitintervallen.

Hygienekommission

- Mitglieder: Geschäftsführer, hygienebeauftragter Arzt, Hygienefachkräfte, Laborleiter, Apothekenleiter, Technischer Leiter, Direktorium und Betriebsleitungen
- tagt mindestens einmal jährlich
- Beratung über die Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen, den Umgang mit Infektionen und Beschlussfassung zu Änderungen des Hygieneplans

Transfusionskommission

- Mitglieder: Transfusionsverantwortlicher Arzt, Transfusionsbeauftragte Ärzte aller Kliniken, Laborleiter, QMB und Arbeitsplatzleitung Immunhämatologie des Zentrallabors, ein Mitglied der erweiterten Geschäftsführung, Leitung des Qualitätsmanagements, Apothekenleiter
- tagt mindestens zweimal jährlich
- Beratung über alle transfusionsmedizinisch relevanten Themen und Vorkommnisse

Arzneimittelkommission

- Mitglieder: Geschäftsführer, Apothekenleiter, alle Chefärzte, Laborleiter
- tagt mindestens einmal jährlich
- Beratung über Kostenentwicklungen, den Jahresvergleichsbericht und Besonderheiten in der Arzneimittelversorgung, über die Abstimmung der Arzneimittellisten und aktuelle Themen

Arbeitssicherheitsausschuss

- Mitglieder: interne und externe Fachkräfte für Arbeitssicherheit, ein Mitglied des betriebsärztlichen Dienstes, ein Mitglied der Mitarbeitervertretung, Direktorium und Betriebsleitungen, Sicherheitsbeauftragte der Einrichtungen
- tagt viermal jährlich
- Beratung über themenbezogene Auswertungen, Verbesserungsvorschläge und notwendige Maßnahmen

Controlling-Sitzung /Wirtschaftlichkeitskommission

- Mitglieder: Abteilungsleiter des Finanz- und Rechnungswesens, der Leistungsabteilung, der Wirtschaftsabteilung und des Controllings, Apothekenleiter, Kaufmännische Direktorin
- tagt monatlich
- Beratung über Kostenentwicklungen, Belegung und Auslastung der Einrichtungen

DV-Treffen

- Mitglieder: Abteilungsleiter der Abteilungen EDV, Controlling, Leistungsabteilung, des Finanz- und Rechnungswesens, der Pflegedienstleitung
- tagt einmal im Quartal ????
- Beratung über alle EDV-Projekte, Funktionen und Prozesse des Krankenhausinformationssystems , Abgleich verschiedener EDV-Systeme und Schnittstellen

Abteilungsleitersitzung

- Mitglieder: Geschäftsführer, Leitungen sämtlicher Verwaltungs-Abteilungen der Betriebsstätten
- tagt monatlich
- Informationsaustausch aller Einrichtungen zu allen aktuellen Themen

Klausurtagung

- Teilnehmer: Geschäftsführer, Leitungen Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit und Personalabteilung, Direktorium und Betriebsleitungen
- jährlich über drei Tage im ersten Quartal des Jahres
- Abstimmung grundsätzlicher Strategien und längerfristiger Ziele sowie konkreter Planungen für das laufende Geschäftsjahr

Betriebsleitungssitzungen

- Teilnehmer: Betriebsleitung bzw. Direktorium der jeweiligen Einrichtung
- tagen ein- bis zweimal monatlich
- Abstimmung über aktuelle Entwicklungen und die wichtigsten Aufgaben der kommenden Wochen

Zur Sicherstellung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungsqualität sind folgende interdisziplinäre, medizinisch-ethische Konferenzen etabliert.

Tumorkonferenz Evangelisches Krankenhaus Hamm

- Teilnehmer: Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, Gynäkologen, Chirurgen, ggf. Orthopäden des St. Marien-Hospital Hamm, Psychoonkologen, Sozialdienst und interessiertes Pflegepersonal unter Leitung der Klinik für Innere Medizin II. Patienten wird auf Wunsch die Teilnahme an der Konferenz ermöglicht.
- tagt wöchentlich
- Beratung mit Beschlussfassung über fallbezogene Therapie-Empfehlung für alle Patienten mit Krebserkrankungen im direkten Dialog zwischen Diagnostikern und Therapeuten

Ethik-Komitee

- Teilnehmer: zur Kerngruppe gehören Ärzte/innen, Pflegekräfte, ein Seelsorger und ein Mitglied aus der Verwaltung.
- tagt monatlich
- Ethische Auseinandersetzung mit Fragen der Behandlung, Pflege, Versorgung und Betreuung von Patienten und Bewohnern. Ziele sind die Diskussion ethischer Fragestellungen, die Formulierung ethischer Standards und die Unterstützung ethischer Fallbesprechungen.

Qualitätszirkel des Regionalen Trauma Zentrums am St. Marien-Hospital Hamm und des EndoprothesenZentrum Hamm

- Teilnehmer: Vertreter aller beteiligten Kliniken, Abteilungen und der externen Kooperationspartner, Leitung Qualitätsmanagement
- tagt einmal jährlich

- Abstimmung patienten- und tätigkeitsbezogener Prozesse, Präsentation von Auswertungen aus den Bereichen Befragungen, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (z.B. aus Internen Audits) und Controlling, Beschlüsse zu strategischen und operativen Zielen der Zentren

OP-Steuergruppe

- Teilnehmer: OP-Koordinator, Chef- oder Lt. Oberärzte der operativen Kliniken, Lt. OP-Pflegekräfte, Lt. Anästhesie-Pflegekräfte, Pflegedienstleitung Nassauerstrasse, Mitarbeiter Controlling
- tagt halbjährlich
- Kontrolle der Wirksamkeit des OP-Statuts, Abstimmung über aktuelle Entwicklungen der operativen Arbeitsprozesse

Ergänzt werden diese interdisziplinären Kommissionen durch zahlreiche abteilungsspezifische und abteilungsinterne Teamsitzungen, Sitzungen der Pflegedienstleitungen und Sitzungen der Chefärzte, interne Fortbildungen und Fallbesprechungen sowie Arbeitskreise in den verschiedensten Einrichtungen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Patientensicherheit / Risikomanagement

Die Patientensicherheit – seit langer Zeit als ein Qualitätsziel unserer Krankenhäuser formuliert – steht seit einigen Jahren auch in der Öffentlichkeit zunehmend im Fokus. Patientenvertreter, Krankenkassen und vor allem die Presse hinterfragen kritischer denn je die Behandlungsergebnisse sowie unerwünschte oder unerwartete Ereignisse. Neben den unmittelbaren, oft langfristigen Folgen für den/die Betroffenen, die sich durch Fehldiagnosen, fehlerhafte Behandlungen oder Verwechslungen ergeben könnten, haben solche Ereignisse strafrechtliche Bedeutung für die Beteiligten und in letzter Konsequenz selbstverständlich erhebliche Auswirkungen auf den Ruf und die wirtschaftliche Zukunft der Krankenhäuser.

Einige anerkannte Maßnahmen zur Erhöhung der Patienten- oder Kunden-Sicherheit sind in unseren Einrichtungen seit langer Zeit etabliert. Beispielfhaft seien erwähnt:

- die Einführung von Behandlungspfaden, Algorithmen oder "SOPs" (standard operating procedures), insbesondere in risikobehafteten Bereichen
- die regelmäßigen Schulungen in erster Hilfe und Reanimation
- die Einführung des Meldewesens, die allen Mitarbeitern die Möglichkeit bietet, Ereignisse oder Risiken auch anonym zu melden um durch eine gezielte Analyse der Ursachen Vorbeugemaßnahmen zu ergreifen
- die Einführung der Identifikations-Armbänder zur Verhinderung von Patientenverwechslungen.

Voraussetzungen

Die Luftfahrt verfügt im Gegensatz zur Medizin über jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit Risiken und Vorbeugemaßnahmen. Zu den zwingenden Voraussetzungen für ein funktionierendes Risikomanagement gehören, neben einem nicht bestrafenden Meldesystem, ein gutes Arbeitsklima, eine hohe Motivation der Mitarbeiter, Empathie (Einfühlungsvermögen) für sein Gegenüber sowie das Einhalten von Regeln, das der "Kapitän" verantwortet. Zur Bewältigung komplexer Aufgaben unter Zeitdruck ist ein optimales Zusammenspiel von "Mensch und Maschine" unter Anwendung aller vorgegebenen Regeln gefordert.

Im Risikomanagement geht es nicht um fehlerlose Menschen, sondern um Strukturen, die "unvermeidbare Arbeitsfehler entschärfen, beziehungsweise die unbeabsichtigte Auswirkungen von Fehlern beseitigen, bevor sie ihre unerwünschte Wirkung entfalten können."

Eine Unternehmenskultur des gegenseitigen Vertrauens ist die Grundlage dieses Lösungsansatzes. Es ist nicht schlimm, einen Fehler zu machen – schlimm wäre es, ihn zu verbergen. Hier zeichnet sich der wahre Profi durch seinen offenen Umgang mit Fehlern aus, denn "Irren ist menschlich".

Maßnahmen

Einige vom Aktionsbündnis Patientensicherheit empfohlenen Maßnahmen, z.B. zur Vermeidung von Patientenverwechslungen, werden in bestimmten Bereichen, wie dem Zentral-OP im St. Marien-Hospital, bereits seit vielen Jahren angewendet. So wird jeder Patient vor dem Einschleusen in den OP-Bereich von mehreren Personen unabhängig voneinander mehrfach aktiv nach seinem Namen gefragt, zusätzlich nach dem Geburtsdatum, das mit den Angaben in der Akte und der OP-Planung verglichen wird. Die Markierung des OP-Gebietes ist ebenfalls seit vielen Jahren, insbesondere im Bereich der Orthopädisch-traumatologischen Zentrums (OTZ), etabliert.

Ebenfalls wurden Patienten-Identifikations-Armbänder in allen Krankenhaus-Abteilungen (außer der Psychiatrie) eingeführt.

Zusätzlich zu klinikübergreifenden Maßnahmen sind in einigen Abteilungen Kleingruppen damit beschäftigt, ihre Risiken zu formulieren, zu bündeln, um sie zu Themenkomplexen zusammenzufassen. Nach einer abschließenden Bewertung des entdeckten Risikos werden individuelle Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt. Zentrale Bestandteile der Maßnahmenpläne sind immer wieder Trainingseinheiten zum Einüben bestimmter, kritischer Situationen und in technisierteren und standardisierteren Bereichen die Entwicklung so genannter Checklisten zur Vorbereitung risikoträchtiger Eingriffe. Die Entwicklung solcher Checklisten ist angelehnt an Checklisten der Flugsicherheit, die in Cockpits vor jedem Start eines Flugzeuges verpflichtend abzuarbeiten sind, unabhängig von der Erfahrung oder Routine des einzelnen Piloten.

Einführung der Mitarbeiter in das Thema Patientensicherheit:

Aus dem Bereich der Luftfahrt weiß man, dass an der Entstehung von Fehlern in mehr als 70% der Fälle so genannte "human factors" (menschliche Einflüsse) beteiligt sind. Dementsprechend sind in allen Qualifikationskonzepten von Piloten - neben regelmäßigen Übungseinheiten in Flug-Simulatoren zur Erhaltung / Verbesserung des fliegerischen Könnens - die "Human Factors-Schulungen" fester Bestandteil der Schulungsprogramme.

Gute Piloten zeichnen sich neben dem technischen Können insbesondere dadurch aus, auch unter Stress und Druck eindeutig kommunizieren und Entscheidungen treffen zu können. Diese Fähigkeiten müssen ohne Angst vor Hierarchien und berufsständischen Vorbehalten entwickelt werden, um während des Arbeitsprozesses alle Arbeitsschritte des Teams ständig zu analysieren und in Risikosituationen oder bei Fehlern eines Kollegen frühzeitig eingreifen zu können.

Transparenz und Kommunikation

Für eine stärkere Transparenz und eine noch intensivere, kontinuierliche Information der Mitarbeiter über Unternehmensentscheidungen und Entwicklungen in den verschiedenen Einrichtungen in der gGmbH, mit der Folge einer engeren Bindung an den Träger und die Einrichtungen, wurde das Intranet als zentrales, internes Kommunikationsmittel vollständig modernisiert. Mit zahlreichen neuen, und teilweise interaktiven Funktionen wurde die neue Plattform in Betrieb genommen. Sie dient allen allen Standorten gleichermaßen als Informationsportal, das neben rein informativen Bereichen in Form von Abteilungspräsentationen und Nachrichtenelementen auch ein multifunktionelles Dokumentenmanagementsystem für alle Vorgabedokumente der Gesellschaft enthält.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Interne Audits

Nach einem festgelegten Auditplan werden in allen Leistungsbereichen interne Audits durchgeführt. Nach Ankündigung der Themen finden kollegiale Gespräche statt, in denen durch gezielte, offene Fragen Problembereiche besprochen werden. In Kombination mit Begehungen können auf diese Weise Risiken und systematische Fehler erkannt und gezielt bearbeitet werden. Falls erforderlich, werden Verbesserungsmaßnahmen vereinbart. Verantwortliche werden benannt, die mögliche Anpassungen umsetzen oder die Umsetzung überprüfen.

"Kundennahe" Bereiche wie Kliniken werden jährlich auditiert. Interne Audits finden in den "kundenfernen" Bereichen, wie z.B. in Verwaltungsabteilungen, mindestens alle drei Jahre statt.

Die Gruppe der internen Auditoren setzt sich aus Mitarbeitern aller acht Einrichtungen zusammen. So auditieren sich Mitarbeiter aus unterschiedlichsten Arbeitsbereichen, was neben dem inhaltlichen Austausch und Synergieeffekten die Kommunikation der verschiedenen Bereiche fördert.

Managementbewertung

Ein weiteres Verfahren ist die jährliche Managementbewertung ("Management Review"). Hierbei wird begutachtet, ob vereinbarte Ziele im festgelegten Zeitraum erreicht worden sind oder die vorgegebenen Prozesse noch gültig, sinnvoll und wirksam sind. Grundlage sind u.a. die Protokolle der internen Audits, durch die eine hohe Transparenz der laufenden Veränderungs- und Verbesserungsprozesse gewährleistet wird.

Die Ergebnisse der einzelnen Organisationsbereiche gehen in die Managementbewertung des Gesamtunternehmens ein, die vom Geschäftsführer und der Abteilung QM vorgenommen wird.

Externe Bewertungsverfahren durch akkreditierte Zertifizierungsstellen**DIN EN ISO 9001**

Die DIN EN ISO 9001 ist eine europäische Norm zur Verwirklichung eines Qualitätsmanagementsystems. Sie ist durch ihre technisch-industrielle Herkunft prozessorientiert und stellt die Kundenorientierung und die gelieferten Produkte bzw. Dienstleistungen zur Erfüllung der Kundenanforderungen in den Vordergrund. Die Norm zielt auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ab, um Kunden, Mitarbeitern und Lieferanten bei ständig steigenden Anforderungen oder veränderten Bedingungen gerecht zu werden.

Auditoren der akkreditierten Zertifizierungsstelle prüfen die entsprechende Organisationseinheit jährlich, wobei alle drei Jahre ein umfassendes Audit des gesamten Qualitätsmanagement-Systems als so genannte Re-Zertifizierung stattfindet.

Die ersten Zertifizierungen nach der DIN EN ISO 9001 erfolgten im St. Marien-Hospital Hamm im Jahre 2015.

Im Jahr 2018 wurden alle Einrichtungen der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gemeinsam nach der DIN EN ISO 9001 zertifiziert.