



Strukturierter Qualitätsbericht

**gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für nach § 108 SGB V zugelassene
Krankenhäuser**

**Evangelisches Krankenhaus
Castrop-Rauxel
Grutholzallee 21
44577 Castrop-Rauxel
Berichtsjahr 2008**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	3
A-3 Standort(nummer)	3
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	3
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	4
A-6.1 Fachabteilungen	4
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	4
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)	6
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	6
A-13.1 Ambulante Zählweise	6
A-14 Personal des Krankenhauses	7
A-14.1 Ärzte und Ärztinnen	7
A-14.2 Pflegepersonal	7
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	8
B-[1] Innere Medizin	8
B-[1].1 Name	8
B-[1].1.2 Art der Fachabteilung "Innere Medizin"	8
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Innere Medizin"	9
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Innere Medizin"	10
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Innere Medizin"	10
B-[1].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin"	10
B-[1].6 Diagnosen	11
B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	11
B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen	11
B-[1].7 Prozeduren nach OPS	12
B-[1].7.1 OPS, 4stellig	12
B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren	12
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	13
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	13
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	13
B-[1].12 Personelle Ausstattung	14
B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen	14
B-[1].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Innere Medizin"	14
B-[1].12.1.2 Zusatzweiterbildung	14
B-[1].12.2 Pflegepersonal	15
B-[1].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Innere Medizin" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	16
B-[1].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Innere Medizin" – Zusatzqualifikation	16
B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	16

B-[2] Geriatrie	17
B-[2].1 Name	17
B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel	17
B-[2].1.2 Art der Fachabteilung "Geriatrie"	17
B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Geriatrie"	18
B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Geriatrie"	19
B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Geriatrie"	19
B-[2].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Geriatrie"	19
B-[2].6 Diagnosen	20
B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	20
B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen	20
B-[2].7 Prozeduren nach OPS	21
B-[2].7.1 OPS, 4stellig	21
B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren	21
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	22
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	22
B-[2].9.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	22
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	22
B-[2].12 Personelle Ausstattung	23
B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen	23
B-[2].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Geriatrie"	23
B-[2].12.1.2 Zusatzweiterbildung	23
B-[2].12.2 Pflegepersonal	24
B-[2].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Geriatrie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	24
B-[2].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Geriatrie" – Zusatzqualifikation	24
B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	24
B-[3] Allgemeine Chirurgie	25
B-[3].1 Name	25
B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel	25
B-[3].1.2 Art der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	25
B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	26
B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	27
B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	27
B-[3].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	27
B-[3].6 Diagnosen	28
B-[3].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	28
B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen	28
B-[3].7 Prozeduren nach OPS	29
B-[3].7.1 OPS, 4stellig	29
B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren	29
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	30
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	30
B-[3].9.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	30
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	30
B-[3].12 Personelle Ausstattung	31
B-[3].12.1 Ärzte und Ärztinnen	31
B-[3].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	31

B-[3].12.1.2 Zusatzweiterbildung	31
B-[3].12.2 Pflegepersonal	32
B-[3].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	33
B-[3].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie" – Zusatzqualifikation	33
B-[3].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	33
B-[4] Frauenheilkunde und Geburtshilfe	34
B-[4].1 Name	34
B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel	34
B-[4].1.2 Art der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	34
B-[4].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	35
B-[4].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	36
B-[4].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	36
B-[4].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	36
B-[4].6 Diagnosen	37
B-[4].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[4].6.2 Kompetenzdiagnosen	37
B-[4].7 Prozeduren nach OPS	38
B-[4].7.1 OPS, 4stellig	38
B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren	38
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	39
B-[4].9.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	39
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	39
B-[4].12 Personelle Ausstattung	40
B-[4].12.1 Ärzte und Ärztinnen	40
B-[4].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	40
B-[4].12.2 Pflegepersonal	41
B-[4].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	41
B-[4].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" – Zusatzqualifikation	41
B-[4].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	41
B-[5] Neurologie	42
B-[5].1 Name	42
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel	42
B-[5].1.2 Art der Fachabteilung "Neurologie"	42
B-[5].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Neurologie"	43
B-[5].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Neurologie" ...	43
B-[5].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Neurologie"	43
B-[5].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Neurologie"	43
B-[5].6 Diagnosen	44
B-[5].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[5].6.2 Kompetenzdiagnosen	44
B-[5].7 Prozeduren nach OPS	45

B-[5].7.1 OPS, 4stellig	45
B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren	45
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-[5].11 Apparative Ausstattung	46
B-[5].12 Personelle Ausstattung	47
B-[5].12.1 Ärzte und Ärztinnen	47
B-[5].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Neurologie"	47
B-[5].12.1.2 Zusatzweiterbildung	47
B-[5].12.2 Pflegepersonal	48
B-[5].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Neurologie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	48
B-[5].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Neurologie" – Zusatzqualifikation	48
B-[5].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	48
B-[6] Psychiatrie und Psychotherapie	49
B-[6].1 Name	49
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel	49
B-[6].1.2 Art der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"	49
B-[6].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"	50
B-[6].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"	51
B-[6].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"	51
B-[6].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"	51
B-[6].6 Diagnosen	52
B-[6].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	52
B-[6].9.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	52
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	52
B-[6].12 Personelle Ausstattung	53
B-[6].12.1 Ärzte und Ärztinnen	53
B-[6].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"	53
B-[6].12.1.2 Zusatzweiterbildung	53
B-[6].12.2 Pflegepersonal	54
B-[6].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	54
B-[6].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie" – Zusatzqualifikation	54
B-[6].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	54
B-[7] Anästhesiologie	55
B-[7].1 Name	55
B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel	55
B-[7].1.2 Art der Fachabteilung "Anästhesiologie"	55
B-[7].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Anästhesiologie"	56
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[7].12 Personelle Ausstattung	57

B-[7].12.1 Ärzte und Ärztinnen	57
B-[7].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Anästhesiologie"	57
B-[7].12.1.2 Zusatzweiterbildung	57
C Qualitätssicherung	58
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	58
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	58
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	58
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	58
D Qualitätsmanagement	59
D-1 Qualitätspolitik	59
D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	59
D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	60
D-1.2.1 Patientenorientierung	60
D-1.2.2 Verantwortung und Führung	60
D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung	60
D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit	61
D-1.2.5 Prozessorientierung	61
D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität	61
D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern	61
D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess	61
D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	61
D-2 Qualitätsziele	63
D-2.1 strategische/ operative Ziele	63
D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung	64
D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	64
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	66
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	69
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	76
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	83

Vorwort

*Kompetenz
Innovation
Menschlichkeit*



zertifiziert nach
proCum Cert + KTQ

Seit dem Berichtsjahr 2004 hat der Gesetzgeber alle Krankenhäuser verpflichtet, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen.

Ziel war dabei, Informationen und Entscheidungshilfen für Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung zu geben, niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung zu bieten und den Kliniken selbst die Möglichkeit einzuräumen, ihre Leistungsfähigkeit darzustellen.

Der Gesetzgeber fordert alle zwei Jahre einen aktuellen Qualitätsbericht. Die Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH als Träger des EvK Castrop-Rauxel und des EvK Herne an den Standorten Castrop-Rauxel, Herne-Mitte und Herne-Eickel weist der Qualität der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten eine überragende Bedeutung zu. Wir sehen in dem Qualitätsbericht die Möglichkeit, Sie über die von uns erbrachten Leistungen zu informieren und ein objektives Instrument zu ihrer Beurteilung an die Hand zu geben. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, die hohe Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung mit einem jährlichen Qualitätsbericht für alle transparent zu machen. Der hier vorliegende Qualitätsbericht des Jahres 2008 macht deutlich, dass Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in unseren Einrichtungen eine große Rolle spielen.

Bereits im Jahr 2005 sind das EvK Castrop-Rauxel und das EvK Herne durch unabhängige Gremien in ihrem Qualitätsstandard untersucht worden: seit Oktober 2005 sind sie nach den Qualitätsstandards KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), 2008 erfolgte die erfolgreiche Rezertifizierung. Dieses bescheinigt uns nicht nur ein hohes fachliches Niveau, das den strengen Normen von Krankenkassen, Bundesärztekammer, Deutschem Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft standhält, sondern auch eine ausgeprägte menschliche Kompetenz im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern. Wir werden diese Entwicklung konsequent fortsetzen und uns in den nächsten Jahren erneut der Zertifizierung stellen.

Unsere Krankenhäuser sind dabei sich neu auszurichten. Statt in strikt abgegrenzten Abteilungen werden unsere Patientinnen und Patienten zukünftig in Zentren behandelt, zu denen sich die unterschiedlichen Abteilungen zusammengefunden haben. Damit verkürzen wir Wege, vermeiden Doppeluntersuchungen und sind in der Lage, unsere Qualität weiter zu verbessern.

In dem vorliegenden Qualitätsbericht werden Sie erkennen, dass unser Qualitätsmanagement ein wichtiger Bestandteil der Unternehmenspolitik ist. Auch zukünftig werden wir unsere Leistungen transparent darstellen, sie überprüfen und weiterentwickeln. Dies ist fester Bestandteil unserer Leitlinien und damit ein wichtiges Ziel, auf das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsguppen hinarbeiten.

Einleitung

Die Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH



Die Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH betreibt das EvK Herne, mit den Betriebsstellen in Herne und Eickel sowie das EvK Castrop-Rauxel.



Die Einrichtungen sind zertifiziert nach KTQ/proCum Cert und verfügen gemeinsam über 827 Betten, 18 Fachabteilungen, 2 Tageskliniken und 4 Kurzzeitbehandlungszentren. Als einer der größten evangelischen Arbeitgeber im Ruhrgebiet beschäftigt die Krankenhausgemeinschaft 1.900 Mitarbeiter.

Verantwortungsbereich	Name / Funktion	Telefon	Email
Geschäftsführer	Heinz-Werner Bitter	02323-4982400	h-w.bitter @ evkhg-herne.de
Geschäftsführer	Pfarrer Walter Tschirch	02323-4982403	w.tschirch @ evkhg-herne.de
Betriebsleitung	Wilfried Diekmann (Verwaltungsdirektor)	02305-1022220	w.diekmann @ evk-castrop-rauxel.de
Betriebsleitung	Ulrike Kulot (Pflegedirektorin)	02305-1022270	u.kulot @ evk-castrop-rauxel.de
Betriebsleitung	Robert Kralemann (Ärztlicher Direktor)	02305-1022250	r.kralemann @ evk-castrop-rauxel.de
Qualitätsbericht (Verantwortlicher)	Andreas Jacoby (Leiter Controlling)	02323-4982414	a.jacoby @ evkhg-herne.de
Qualitätsmanagement (Verantwortlicher)	Dr. med. Harald Rau	023253-49892390	h.rau @ evkhg-herne.de
Pressestelle der Ev. Krankenhausgemein- schaft Herne	Andrea Woche Susanne Jacoby	02323-4982706 02323-4982406	a.wocher @ evkhg-herne.de s.jacoby @ evkhg-herne.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Andreas Jacoby, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

PLZ:	44577
Ort:	Castrop-Rauxel
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Krankenhaus-URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1020
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	32687

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	IK-Nummer
1	260550574

A-3 Standort(nummer)

Standort-Nummer: 0

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne Castrop-Rauxel gGmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus:	Nein
Name der Universität:	

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
2	Hauptabteilung	0200	Geriatric
3	Hauptabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
4	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
5	Hauptabteilung	2800	Neurologie
6	Hauptabteilung	2900	Psychiatrie und Psychotherapie
7	Nicht-Bettenführend	3700	Anästhesiologie

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht regionale
Versorgungsverpflichtung für die
Psychiatrie?:

Ja

Psychiatrisches Krankenhaus:

Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

	Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilungen	Erläuterungen
1	Disease Management Programm (DMP) Koronare Herzerkrankung (KHK)	<ul style="list-style-type: none"> • 0100 - Innere Medizin • 0200 - Geriatric 	
2	Disease Management Programm (DMP) Diabetes Mellitus Typ 2	<ul style="list-style-type: none"> • 0100 - Innere Medizin • 0200 - Geriatric 	
3	Brustzentrum	<ul style="list-style-type: none"> • 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe 	Als Kooperationspartner krankenhausübergreifend
4	Schlaganfallzentrum	<ul style="list-style-type: none"> • 2800 - Neurologie 	
5	Zentrum für Gefäßmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • 0100 - Innere Medizin 	in Kooperation mit der Klinik für Gefäßchirurgie am EvK Herne

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Atemgymnastik/-therapie	
2	Babyschwimmen	
3	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
4	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
5	Bewegungstherapie	
6	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
7	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
8	Diät- und Ernährungsberatung	
9	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
10	Geburtsvorbereitungskurse/ Schwangerschaftsgymnastik	
11	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
12	Manuelle Lymphdrainage	
13	Massage	
14	Medizinische Fußpflege	
15	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
16	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
17	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
18	Rückenschule/Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
19	Säuglingspflegekurse	
20	Schmerztherapie/-management	
21	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	
22	Stillberatung	
23	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
24	Stomatherapie/-beratung	
25	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
26	Wärme- und Kälteanwendungen	
27	Wirbelsäulengymnastik	
28	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
29	Wundmanagement	
30	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten: 376

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Anzahl stationärer Patienten: 11215

Im Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden zusätzlich 1.389 Fälle behandelt; die Abrechnung erfolgt hier nach BpflVO.

A-13.1 Ambulante Zählweise

	Zählweise	Fallzahl
1	Fallzählweise	16593

A-14 Personal des Krankenhauses**A-14.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Art	Anzahl	Kommentar/Erläuterung
1	Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	61,51	
2	– davon Fachärztinnen/ -ärzte	31,01	
3	Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	0	
4	Ärztinnen/ Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	

A-14.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	156,95 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3,86 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	4,51 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	16,47 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	3 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin

B-[1].1 Name

FA-Bezeichnung:	Innere Medizin
Name des Chefarztes:	Dr. med. Jürgen Jahn
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022261
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022435



Chefarzt Dr. med. Jürgen Jahn

Internist, Kardiologe, Angiologe, Rettungsmediziner
 Tel. 02305 / 102-2261, Fax: - 2435

Email: j.jahn@evk-castrop-rauxel.de

Mitgliedschaften

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung,
 Gefäßzentrum Herne | Castrop-Rauxel

B-[1].1.2 Art der Fachabteilung "Innere Medizin"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Innere Medizin"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
4	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	

Stationen

- Intensivstation
- Kardiologisches Wachzimmer (Chest-Pain-Unit)
- Normalstation

Kardiologie (Funktionen)

- Echokardiographie (transthorakal / transösophaegal)
- Stressechokardiographie (pharmakologisch / physiologisch)
- Langzeit-EKG
- EKG
- Belastungs-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- ICD-Kontrolle (Defibrillator-Kontrolle)
- Lichtreflexionsrheographie

Angiologie (Funktionen)

- Duplexsonographie (Armarterien / -venen, Baucharterien und Venen, Beinarterien / -venen, Halsarterien / -venen)
- Doppler (Armarterien / -venen, Beinarterien / -venen, Halsarterien / -venen)
- Oszillographie mit und ohne Belastung
- Venenschlußplethysmographie (Venendruckmessung)
- rH3-Test

Pneumologie (Funktionen)

- Schlaflabor
- Bronchoskopie (Spiegelung der Luftröhre und Bronchien) mit BAL (Broncho-alveoläre Lavage)
- Lungenfunktion • Bodyplethysmographie
- pO1-Messung (Atempumpe)
- unspezifische Provokationsmessung
- Diffusionsmessung

Intensivmedizin (konservativ)

- Lungenersatzverfahren (Beatmungsverfahren)
- Nierenersatzverfahren
- Anlage von arteriellen und venösen Verweilkathetern
- Invasives Monitoring der Kreislauffunktion
- Passagere Schrittmachieranlage

Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Zertifizierung als Gefäßzentrum
- Angiologische Ermächtigungambulanz
- Mitbegründer des Herzinfarktverbundes Bochum
- Schlafmedizin: Umfassende Diagnostik und Therapie mit kardiorespiratorischer Polygraphie, Polysomnographie (Messung von Atmungs- und Herz-Kreislauffunktion)
- begleitenden Testverfahren, Einstellung auf nicht invasive Beatmung (Heimbeatmung) mit entsprechender Vordiagnostik unter Leitung eines ausgewiesenen Somnologen
- Implantation von 1- und 2-Kammerherzschrittmachern
- Implantation von Defibrillatoren
- Herzschrittmacherwechsel bei Batterierschöpfung
- Batteriewechsel von Defibrillatoren
- Aufrüstung von Herzschrittmachern

Weitere Leistungsangebote

- Linksherzkatheter-Koronarangiographie und Intervention in Kooperation mit den Kardiologischen Abteilungen des Krankenhauses Bergmannsheil Bochum
- Teilnahme am DMP-Programm KHK (Kategorie 1)
- Dialyse im Hause in Kooperation mit einer Dialysepraxis

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Innere Medizin"

Das Medizinisch-pflegerische Leistungsangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-9** dargestellt.

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Innere Medizin"

Das Nicht-medizinische Serviceangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-10** dargestellt.

B-[1].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Innere Medizin"

Anzahl stationärer Patienten:	2625
----------------------------------	------

B-[1].6 Diagnosen**B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	247
2	G47	Schlafstörung	245
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	224
4	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	197
5	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	125
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	123
7	I21	Akuter Herzinfarkt	119
8	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	93
9	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	68
10	I95	Niedriger Blutdruck	50

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	247
2	G47	Schlafstörungen	245
3	I21	Akuter Herzinfarkt	119
4	N17	Akutes Nierenversagen	28

B-[1].7 Prozeduren nach OPS**B-[1].7.1 OPS, 4stellig**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	688
2	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	470
3	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	460
4	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	267
5	8-717	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes	229
6	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	178
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	148
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	135
9	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	126
10	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	110
11	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	91
12	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	85
13	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	58
14	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	50
15	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	44
16	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	42
17	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	36
18	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	30
19	8-716	Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung	28
20	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	19

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-790	Vielfältige Untersuchungen (Standard) während des Schlafes (Herz-Kreislauf, Atmung, Gehirnaktivität, Muskelaktivität) (Kardiorespiratorische Polysomnographie)	460
2	1-275	Linksherz-Katheteruntersuchung über Arterien	178
3	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	229
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	84
5	8-854	Hämodialyse	11

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

	Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Leistung	Leistungsbezeichnung	Kommentar
1	AM00	Angiologische Ermächtigungsambulan.				

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

In der Abteilung werden keine Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V erbracht.

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ambulante D-Arzt-Zulassung: Nein

Stat. BG-Zulassung: Nein

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 9,44 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 4 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[1].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Innere Medizin"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Innere Medizin	
2	Innere Medizin und SP Angiologie	
3	Innere Medizin und SP Kardiologie	
4	Innere Medizin und SP Pneumologie	

B-[1].12.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatzweiterbildung	Erläuterungen
1	Rettungsmedizin	
2	Herzschrittmacher-Therapie	
3	Allergologie	
4	Notfallmedizin	
5	Röntgendiagnostik	
6	Schlafmedizin	

B-[1].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	31,35 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,06 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,03 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,42 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[1].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Innere Medizin" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[1].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Innere Medizin" – Zusatzqualifikation

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistent und Diätassistentin	
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
3	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
4	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin	
5	Oecotrophologe und Oecotrophologin/ Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
6	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
7	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
8	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	
9	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/ Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

B-[2] Geriatrie

B-[2].1 Name

FA-Bezeichnung:	Geriatrie
Name des Chefarztes:	Dr. med. Holger Gespers
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022371
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022441



Chefarzt Dr. med. Holger Gespers
 Tel. 02305 / 102-2371, Fax: -2441
 Email: h.gespers@evk-castrop-rauxel.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[2].1.2 Art der Fachabteilung "Geriatrie"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Geriatric"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
4	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	

Geriatric:

- Geriatrische Komplexbehandlung beispielsweise nach osteosynthetischen Operationen, Gelenkersatz, Schlaganfall
- Gerontopsychiatrische Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen und neurologischen Abteilung im Hause
- Sprach- und Gedächtnistraining
- Teilstationäre Behandlung in der Geriatrischen Tagesklinik

Gastroenterologie: Sämtliche diagnostische Verfahren:

- Ösophagogastroduodenoskopie
- Koloskopie
- endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie
- Stenteinlagen
- perkutane Gallengangspunktion und -darstellung
- Organpunktionen
- Polypabtragungen
- Clipmarkierungen
- Gummibandligaturen
- Funktionsdiagnostik
- Proktologie
- interventionelle sonographische Abszessdrainage
- PH-Metrie
- Manometrie

Hepatology:

- Hepatitisdiagnostik und -therapie
- Leberpunktionen

Leberfunktionsdiagnostik, laparoskopische Diagnostik in Zusammenarbeit mit der Viszeralchirurgie des Hauses

Kardiologie, Angiologie, Pulmonologie, Onkologie und Intensivmedizin in enger Kooperation mit der Inneren Abteilung des Hauses (s.o.)

Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Spezielles national anerkanntes **zertifiziertes Behandlungszentrum für Diabetes mellitus**, zertifizierte Behandlungseinrichtung im stationären Sektor für das diabetische Fußsyndrom, Spezialschulungen für Diabetiker mit Typ1 und Typ 2
- Sämtliche Therapieverfahren mit Medikamenten und verschiedenen Sorten des Insulins
- Enge Kooperation mit Nierenspezialisten und Neurologen zur Behandlung der Nephropathie und Neuropathie, augenärztlicher Konsiliardienst im Hause

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Geriatric"

Das Medizinisch-pflegerische Leistungsangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-9** dargestellt.

Zusätzlich werden in der Abteilung die im folgenden genannten Leistungen erbracht:

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Schwerpunktmäßig im Bereich Diabetologie
2	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Spezielles geriatrisches Assessment

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Geriatric"

Das Nicht-Medizinische Serviceangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-10** dargestellt.

B-[2].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Geriatric"

Anzahl stationärer Patienten: 1452

B-[2].6 Diagnosen**B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	115
2	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	102
3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	67
4	E86	Flüssigkeitsmangel	59
5	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	55
6	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	48
7	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	43
8	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	38
9	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	35
10	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	35

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	101
2	K29	Gastritis und Duodenitis	59

B-[2].7 Prozeduren nach OPS**B-[2].7.1 OPS, 4stellig**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1325
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	576
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	433
4	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	365
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	240
6	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	143
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	98
8	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	80
9	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	74
10	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	44

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	585
2	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	258
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	230
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	36

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 8 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 4 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[2].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Geriatric"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Innere Medizin	
2	Innere Medizin und SP Endokrinologie Diabetologie	
3	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	

B-[2].12.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatzweiterbildung	Erläuterungen
1	Geriatric	

B-[2].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	26,51 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,25 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,22 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,85 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[2].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Geriatric" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**B-[2].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Geriatric" – Zusatzqualifikation****B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal**

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistent und Diätassistentin	
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
3	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
4	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin	
5	Oecotrophologe und Oecotrophologin/ Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
6	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
7	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
8	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	

B-[3] Allgemeine Chirurgie

B-[3].1 Name

FA-Bezeichnung:	Allgemeine Chirurgie
Name des Chefarztes:	Dr. med. Henning G. Schulz, Dr. med. Christoph Wiemer
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022231
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022440



Chefarzt Dr. med. Henning G. Schulz
 Tel. 02305 / 102-2231, Fax: -2440
 Email: h.schulz@evk-castrop-rauxel.de



Chefarzt Dr. med. Christoph Wiemer
 Tel. 02305 / 102-2231, Fax: -2440
 Email: c.wiemer@evk-castrop-rauxel.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

B-[3].1.2 Art der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Magen-Darm-Chirurgie	
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
5	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
6	Fußchirurgie	
7	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	

- Unfallchirurgie: Sämtliche Osteosyntheseverfahren bei frischen und alten Frakturen, Umstellungsosteotomien; Minimalinvasive Unfallchirurgie mit arthroskopischen Operationen an Knie-, Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Sprunggelenken, endoskopischen Operationen bei Nervenengpasssyndromen, „biologische“ Plattenosteosynthese
- Handchirurgie mit Osteosynthesen am Handskelett, mikrochirurgischer Versorgung von Nerven-, Sehnen- und Gefäßverletzungen, Korrekturen von angeborenen und erworbenen Erkrankungen
- Kniechirurgie mit arthroskopischer Meniskusnaht; Kreuzbandersatzplastik
- Fußchirurgie mit sämtlichen Osteosyntheseverfahren, Korrekturoperationen von angeborenen / erworbenen Fehlstellungen, Dekompressionsoperationen bei Nerveneinengungssyndromen
- Endoprothetik mit Ersatz / Teilersatz von Hüftgelenken und Kniegelenken
- Viszeralchirurgie mit Versorgung sämtlicher Erkrankungen der Bauchorgane und Schilddrüse
- Entfernung der Gallenblase, des Wurmfortsatzes, Eingriffe am Dick- und Dünndarm, bei Bauchwand- und Leistenbrüchen, Tumoren der Bauchspeicheldrüse, Verwachsungen im Bauchraum
- Wundbehandlung incl. Vakuumtherapie und Muskellappenplastiken
- Spezielle Tumorchirurgie bei bösartigen Tumoren des Dick- und Dünndarmes und des Enddarmes unter weitgehender Erhaltung der Afterschließfunktion
- Spiegelung des Brustraumes

Besondere Versorgungsschwerpunkte**Minimalinvasive Chirurgie in der Unfall- und Viszeralchirurgie**

- Unfallchirurgie
 - Schultergelenk: Arthroskopie mit Rotationsmanschettenversorgung, subacromiale De-kompression
 - Kniegelenk: Arthroskopie mit Eingriffen an Menisken, Knorpel und Gelenkkapsel, arthroskopisch unterstützte Kreuzbandersatzplastik, arthroskopisch kontrollierte Rekonstruktion der Gelenkfläche bei Gelenkfrakturen
 - Achillessehne: Perkutante Achillessehnennaht
 - Extremitätenfrakturen: Minimalinvasive intra- und extramedulläre Osteosynthesen
 - Fußchirurgie: rekonstruktive Fußchirurgie
- Viszeralchirurgie
 - Ösophagus: Myotomie (Achalasie), Antireflux-Operation (GERD), Divertikelabtragung (epiphren. Divortikel), Magen: Gastric banding, Gastric bypass, Mason-OP, Vollwandexcisionen / atypische Teilresektion unter gastrokopischer Kontrolle
 - Gallenblase: Cholezystektomie (konventionell / laparoskopisch),

- Micro-Cholezystektomie. Gastrektomie (konventionell / laparoskopisch)
- Leber: Zystenentdachung bei kongenitalen Zysten, Zystenexzisionen bei Echinococcus-Zysten, Probeexzisionen, Entfernung von Lebermetastasen
 - Pankreas: laparoskopische Linksresektion, laparoskopische Zystojejunostomie bei Pankreaspseudozysten
 - Dünndarm: Teilresektion, Meckel-Divertikelabtragung (konventionell / laparoskopisch)
 - Dickdarm: MIC-(minimalchirurgisch)Rechtshernikolektomie, MIC-Linkshernikolektomie (Karzinom/Divertikel), MIC-Sigmaresektion (Karzinom/Divertikel), MIC-Rektumkontinenzresektion (Karzinom), MIC-Rektumamputation (Karzinom), Rektopexie (Rektum-Prolaps), sowie das komplette Spektrum der konventionellen Verfahren der Dickdarmresektion
 - Appendix (laparoskopisch, micro-laparoskopisch)
 - Hernien: Leistenhernie (TAPP/TEP), Narbenhernie (IPOM), Parastomale Hernie (I-POM), sowie das komplette Spektrum der konventionellen Hernienversorgung

Weitere Leistungsangebote

- Zulassung der Berufsgenossenschaften zur Versorgung Schwerverletzter

B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

Das Medizinisch-pflegerische Leistungsangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-9** dargestellt.

B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

Das Nicht-Medizinische Serviceangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-10** dargestellt.

B-[3].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

Anzahl stationärer Patienten:	2574
-------------------------------	------

B-[3].6 Diagnosen**B-[3].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	271
2	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	223
3	K40	Leistenbruch (Hernie)	126
4	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	122
5	K80	Gallensteinleiden	116
6	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	114
7	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	89
8	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	88
9	M54	Rückenschmerzen	85
10	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	68

B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	271
2	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	223
3	K22.0	Achalasie der Kardia (Engstellung des mageneingangs)	122
4	K40	Leistenbruch	126
5	K44	Zwerchfellbruch	68

B-[3].7 Prozeduren nach OPS**B-[3].7.1 OPS, 4stellig**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	907
2	5-810	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung	584
3	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	544
4	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	265
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	179
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	173
7	5-788	Operation an den Fußknochen	167
8	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	149
9	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	141
10	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	141
11	1-313	Druckmessung der Speiseröhre - Ösophagusmanometrie	137
12	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	129
13	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	126
14	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	118
15	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	116
16	5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	101
17	5-800	Erneute operative Begutachtung und Behandlung nach einer Gelenkoperation	93
18	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	92
19	5-538	Operativer Verschluss eines Zwerchfellbruchs (Hernie)	83
20	5-808	Operative Gelenkversteifung	77

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	907
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	127
3	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	101
4	5-538	Verschluss einer Hernia diaphragmatica	83
5	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	70

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

-

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	95
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	34
3	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	17
4	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	16
5	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	15
6	5-788	Operation an den Fußknochen	≤5
7	5-849	Sonstige Operation an der Hand	≤5
8	5-841	Operation an den Bändern der Hand	≤5
9	5-808	Operative Gelenkversteifung	≤5
10	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	≤5

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

Ambulante	Ja
D-Arzt-Zulassung:	
Stat. BG-Zulassung:	Ja

B-[3].12 Personelle Ausstattung

B-[3].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 9,77 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 4 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[3].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Allgemeine Chirurgie	
2	Orthopädie und Unfallchirurgie	
3	Viszeralchirurgie	

B-[3].12.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatzweiterbildung	Erläuterungen
1	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
2	Spezielle Unfallchirurgie	

B-[3].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	21,77 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,02 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,19 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[3].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie" – Zusatzqualifikation

B-[3].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistent und Diätassistentin	
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
3	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
4	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin	
5	Oecotrophologe und Oecotrophologin/ Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
6	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
7	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
8	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	
9	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/ Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

B-[4] Frauenheilkunde und Geburtshilfe**B-[4].1 Name**

FA-Bezeichnung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Name des Chefarztes:	Robert Kralemann
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022251
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022438

**Chefarzt Robert Kralemann**

Tel. 02305 / 102-2251, Fax: -2438

Email: r.kralemann@evk-castrop-rauxel.de**B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2425) Frauenheilkunde
2	(2500) Geburtshilfe

B-[4].1.2 Art der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"**Abteilungsart:** Hauptabteilung

B-[4].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
2	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
4	Endoskopische Operationen	
5	Gynäkologische Abdominalchirurgie	
6	Inkontinenzchirurgie	
7	Pränataldiagnostik und -therapie	Degum-II-Qualifikation
8	Geburtshilfliche Operationen	

Gynäkologie:

- Gesamtes Spektrum der nicht bösartigen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane
- Versorgung aller großen Karzinome an Gebärmutterkörper und –hals, Eierstock und Scheideneingang nach qualitätsgesicherten Standards
- Mammachirurgie und -diagnostik; brusterhaltende Op-Verfahren
Angebot aller gängigen Untersuchungsverfahren (Ultraschall, Gebärmutter Spiegelung, Mammographie, Magnetresonanztomographie, Entnahme von Gewebeproben; interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Diagnostik abdomineller Beschwerden (Innere, Chirurgie)

Geburtshilfe:

- Alle geburtsüblichen Methoden incl. Unterwasser-Wannenentbindung, familienfreundliche Kreißsäle, besondere Familienzimmer, Schmerzbekämpfung von Rückenmarksblockaden bis zur Akupunktur und Homöopathie.

Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Gynäkologie:
 - Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz (urodynamischer Meßplatz)
- Geburtshilfe:
 - Missbildungsdiagnostik (Nackenscreening, Fruchtwasseruntersuchung) mit Degum II Qualifikation

B-[4].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

Das Medizinisch-pflegerische Leistungsangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-9** dargestellt.
Ergänzungen sind nachfolgend aufgeführt.

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	

B-[4].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

Das Nicht-Medizinische Serviceangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-10** dargestellt.

B-[4].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

Anzahl stationärer Patienten: 1429

B-[4].6 Diagnosen**B-[4].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	322
2	O70	Dammriss während der Geburt	141
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	60
4	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	55
5	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	42
6	N92	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung	41
7	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	37
8	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	33
9	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	30
10	O47	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen	24

B-[4].6.2 Kompetenzdiagnosen

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	366
2	N81	Genitalprolaps bei der Frau	23

B-[4].7 Prozeduren nach OPS**B-[4].7.1 OPS, 4stellig**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	376
2	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	160
3	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	146
4	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	114
5	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	102
6	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	90
7	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	82
8	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	51
9	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	48
10	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	47

B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	186
2	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	31

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

-

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	71
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	45
3	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	29
4	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	9
5	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	≤5
6	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	≤5
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	≤5
8	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	≤5
9	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	≤5

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

Ambulante D-Arzt-Zulassung:	Nein
Stat. BG-Zulassung:	Nein

B-[4].12 Personelle Ausstattung

B-[4].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 5,21 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 3 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[4].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	

B-[4].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	8,42 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	2,79 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,93 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	3 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[4].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**B-[4].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" – Zusatzqualifikation****B-[4].12.3 Spezielles therapeutisches Personal**

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistent und Diätassistentin	
2	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin	
3	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
4	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

B-[5] Neurologie

B-[5].1 Name

FA-Bezeichnung:	Neurologie
Name des Chefarztes:	Dr. med. Ralf-Jochen Kuhlmann
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022241
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022437



Chefarzt Dr. med. Ralf-Jochen Kuhlmann
 Tel. 02305 / 102-2241, Fax: -2437
 Email: r.kuhlmann@evk-castrop-rauxel.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2800) Neurologie
2	(2856) Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)

B-[5].1.2 Art der Fachabteilung "Neurologie"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[5].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Neurologie"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
2	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
3	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	

- Therapie sämtlicher neurologischer Erkrankungen,
- Erkrankungen des Gehirns (Schlaganfälle, Gehirntumoren, Gehirnblutungen, Epilepsien, multiple Sklerose, M. Parkinson, Neuro-degenerative Erkrankungen, Meningitiden und Encephalitiden, Kopfschmerzdiagnostik, Migräneerkrankungen),
- Erkrankungen des Rückenmarks (Myelitiden, spinale Ischämien und Tumore, Bandscheibenbedingte Nervenschädigungen),
- Erkrankungen der Muskulatur und der peripheren Nerven (Affektion des Nervus trigeminus, Polyneuropathien und Polyneuritiden, Guillain-Barré-Syndrome und Myopathien, Myositiden, Restless-Legs-Syndrom, unklare Myalgiesyndrome)

Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Zertifizierte Stroke Unit (mit Teilnahme an der Qualitätssicherung Schlaganfall Nordwestdeutschland des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster)
- Bereich Parkinson-Demenz-Komplex
- Epilepsie
- Multiple Sklerose
- Teilnahme an der Integrierten Versorgung Parkinson, Videomonitoring erkrankter Patienten in häuslichem Umfeld

B-[5].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Neurologie"

Das Medizinisch-pflegerische Leistungsangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-9** dargestellt.

B-[5].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Neurologie"

Das Nicht-Medizinische Serviceangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-10** dargestellt.

B-[5].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Neurologie"

Anzahl stationärer Patienten: 1866

B-[5].6 Diagnosen**B-[5].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	392
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	209
3	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	124
4	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	88
5	G20	Parkinson-Krankheit	77
6	G35	Multiple Sklerose	76
7	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	56
8	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	55
9	G43	Migräne	52
10	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	35

B-[5].6.2 Kompetenzdiagnosen

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	392
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	124
3	G20	Parkinson-Krankheit	77

B-[5].7 Prozeduren nach OPS**B-[5].7.1 OPS, 4stellig**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	2809
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1379
3	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	1166
4	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	645
5	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	484
6	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	480
7	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	420
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	284
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	205
10	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	204

B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	320

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

In der Abteilung werden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V erbracht.

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

Ambulante D-Arzt-Zulassung:	Nein
--------------------------------	------

Stat. BG-Zulassung:	Nein
---------------------	------

B-[5].11 Apparative Ausstattung

- EEG
- Langzeit-EEG
- EMG
- EvOP (Evozierte Potentiale)
- Myelographie
- CT
- MRT
- Dopplersonographie
- Duplexsonographie
- Transcranialer Doppler (TCD)
- Stroke Unit mit 6 Plätzen

B-[5].12 Personelle Ausstattung

B-[5].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 9,52 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 4 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[5].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Neurologie"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Neurologie	
2	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-[5].12.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatzweiterbildung	Erläuterungen
1	Klinische Geriatrie im Fach Neurologie	
2	Polysomnographie und EEG	
3	Labordiagnostik	

B-[5].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	26,92 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,74 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,67 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,26 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[5].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Neurologie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[5].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Neurologie" – Zusatzqualifikation

B-[5].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistent und Diätassistentin	
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
3	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
4	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin	
5	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
6	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

B-[6] Psychiatrie und Psychotherapie

B-[6].1 Name

FA-Bezeichnung:	Psychiatrie und Psychotherapie
Name des Chefarztes:	Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022858
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022860



Chefarzt Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch

Tel. 02305 / 102-2858, Fax: -2860

Email: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2960) Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[6].1.2 Art der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[6].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Traumatherapie	
2	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	

Stationäre und tagesklinische psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapie des gesamten Spektrums psychiatrischen Erkrankungen bei Erwachsenen:

- Gruppenpsychotherapie,
- Einzelgespräche,
- Familien- und Paargespräche,
- medikamentöse Behandlung nach Indikation,
- Ergotherapie,
- Entspannungstraining,
- Bewegungstherapie,
- Gymnastik,
- Sport,
- physikalische Therapie bei besonderer Indikation,
- Training lebenspraktischer Fertigkeiten,
- Außenaktivitäten,
- Hilfestellung bei Problemen mit Beruf, Finanzen, Wohnung,
- Abklärung beruflicher und medizinischer Reha-Maßnahmen,
- Zusammenarbeit mit ambulanten Stellen, Fachärztliche Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen möglich

In einer Institutsambulanz werden Patienten ambulant durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Diplompsychologin, Sozialberaterin) behandelt.

Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Qualifizierte Entzugsbehandlung von illegalen Drogen und Qualifizierte Entgiftung von Alkohol und Medikamenten (multiprofessionelles Team, medikamentengestützter Entzug, Ohr-Akupunktur, medizinische Versorgung suchtbegleitender Erkrankungen, Gruppengespräche, Einzelgespräche, Kochgruppe, Werkgruppe, Außenaktivität, Sport, Bewegungstherapie, Freizeitgestaltung, spezielle Soziotherapie)
- Traumatherapie

Weitere Leistungsangebote

- Integrative Therapie bei Angst- und Zwangserkrankungen
- Gestaltungstherapie
- Psychoedukatives Training

B-[6].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"

Das Medizinisch-pflegerische Leistungsangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-9** dargestellt.

B-[6].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"

Das Nicht-Medizinische Serviceangebot ist übergreifend unter dem Gliederungspunkt **A-10** dargestellt.

B-[6].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"

Anzahl stationärer Patienten:	1269
-------------------------------	------

Teilstationäre Fälle:	132
-----------------------	-----

Die Abrechnung erfolgt nach BpflVO tagesgleich.

B-[6].6 Diagnosen**B-[6].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	492
2	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)	146
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	139
4	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	120
5	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	69
6	F20	Schizophrenie	68
7	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	55
8	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	43
9	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	20
10	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	20

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**Psychiatrische Institutsambulanz**

In der wohnlichen Atmosphäre eines zum Krankenhaus gehörenden Bungalows bietet ein multiprofessionelles Team aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, einer Diplom-Psychologin, einer Sozialpädagogin und Arzthelferinnen Menschen mit psychischen Störungen schnelle Hilfe an.

Die Einrichtung steht unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ludwig Teusch und soll helfen, die stationären Behandlungszeiten zu verkürzen und die Krankenhausaufnahme gegebenenfalls zu vermeiden.

Mit dem Behandlungsangebot der Psychiatrischen Institutsambulanz sollen vor allem Kranke erreicht werden, die von den anderen Angeboten nur unzureichend erreicht werden.

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

In der Abteilung werden keine Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V erbracht.

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

Ambulante D-Arzt-Zulassung: Nein

Stat. BG-Zulassung: Nein

B-[6].12 Personelle Ausstattung

B-[6].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 12,87 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 7 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[6].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Neurologie	
2	Psychiatrie und Psychotherapie	
3	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

B-[6].12.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatzweiterbildung	Erläuterungen
1	Psychotherapie	
2	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-[6].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	36,3 Vollkräfte	3 Jahre	
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3,59 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	6,82 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[6].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**B-[6].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Psychiatrie und Psychotherapie" – Zusatzqualifikation****B-[6].12.3 Spezielles therapeutisches Personal**

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Bewegungstherapeutin	
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
3	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
4	Psychologe und Psychologin	
5	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
6	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

B-[7] Anästhesiologie

B-[7].1 Name

FA-Bezeichnung:	Anästhesiologie
Name des Chefarztes:	Dr. med. Eberhard von Scheven, Dr. med. Martin Montag
Straße:	Grutholzallee
Hausnummer:	21
Ort:	Castrop-Rauxel
PLZ:	44577
URL:	http://www.evk-castrop-rauxel.de
Email:	info@evk-castrop-rauxel.de
Telefon-Vorwahl:	02305
Telefon:	1022321
Fax-Vorwahl:	02305
Fax:	1022323



Chefarzt Dr. med. Eberhard von Scheven
 Tel. 02323 / 498-2061, Fax: -2486
 Email: e.von.scheven@evk-herne.de



Abteilungsarzt Dr. med. Martin Montag
 Tel. 02305 / 102-2321, Fax: -2323
 Email: m.montag@evk-castrop-rauxel.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

B-[7].1.2 Art der Fachabteilung "Anästhesiologie"

Abteilungsart: Nicht-Bettenführend

B-[7].12 Personelle Ausstattung

B-[7].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 6,7 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 5 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 0 Personen

Kommentar dazu:

B-[7].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Anästhesiologie"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Anästhesiologie	

B-[7].12.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatzweiterbildung	Erläuterungen
1	Intensivmedizin	
2	Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin	

C Qualitätssicherung

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

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

	Disease Management Programm	Erläuterung
1	Brustkrebs	
2	Diabetes mellitus Typ 2	
3	Koronare Herzkrankheit (KHK)	

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Qualitätssicherung Schlaganfall Nord-West-Deutschland (Neurologie) über das Institut für Epidemiologie der Universität Münster (Leitung: Prof. Dr. Berger)

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

	Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr)	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
1	06 - Kniegelenk Totalendoprothese (2008)	50	63		

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Ziel der Qualitätspolitik ist es, unsere Leistungsangebote, Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe kontinuierlich zu überprüfen und weiter zu entwickeln.

Konsequente Anwendung höchster Qualitätsstandards und das Bemühen um kontinuierliche Verbesserung bilden eine Grundlage unseres Handelns.

In Übereinstimmung mit dem KTQ Manual beschreibt die Qualitätspolitik unsere grundsätzlichen Absichten und Zielsetzungen.

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Die Qualität unserer erbrachten Leistungen entspricht den Maßstäben einer zeitgemäßen Medizin und den behördlichen Vorgaben.

Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns.

Wirtschaftliche Belange finden ausreichend Beachtung, um die Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne|Castrop-Rauxel gGmbH solide führen und damit auch Arbeitsplätze sichern zu können. Insbesondere auch die ideellen Werte sind allen Mitarbeitern wichtig.

Die Geschäftsführung sorgt dabei für eine realistische Zielsetzung in der Umsetzung der Qualitätspolitik. Sie enthält die ständige Forderung nach kontinuierlicher Verbesserung, aus ihr werden für die Mitarbeiter verständliche Qualitätsziele abgeleitet.

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

Die Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH ist ein konfessioneller Träger, dessen Gesellschafter der Kirchenkreis Herne ist.

Unser Auftrag gründet sich in einem christlichen Menschen- und Weltbild. Wir gehen davon aus, dass Gott alles Leben geschaffen hat und ihm Würde und Wert beimisst.

Die Kranken stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir alle wollen dazu beitragen, ihre Krankheiten zu heilen, ihre Leiden zu lindern und den Sterbenden beizustehen.

Um den Kranken den Aufenthalt in unserem Krankenhaus zu erleichtern, informieren wir sie und ihre Angehörigen umgehend, verständlich und ausführlich über ihre Krankheiten und unsere Vorstellung zur Behandlung.

Wir wahren die Intimität der Kranken und pflegen einen freundschaftlichen Umgangstil um der Persönlichkeit des Einzelnen und seinen krankheitsbedingten Veränderungen gerecht zu werden. Dabei stützen wir uns auch auf die Mithilfe unserer Grünen Damen und Herren wie auch der Besuchsdienste der Kirche. Hierzu leistet auch die Krankenhauseelsorge einen wesentlichen Beitrag.

Wirtschaftliche Belange finden ausreichende Beachtung. Aus Gründen des Umweltschutzes setzen wir nach Möglichkeit umweltgerechte, recyclingfähige und wieder verwendbare Geräte und Materialien ein.

Wir verstehen uns als wachsendes, innovatives Unternehmen und haben den Anspruch unsere Qualität kontinuierlich zu verbessern. Regelmäßig stellen wir uns externen Überprüfungen.

Auch das Pflegeleitbild wurde unter Einbeziehung der Mitarbeitenden entwickelt. Es orientiert sich am Leitbild der Ev. Krankenhausgemeinschaft und beschreibt, was professionelle und individuelle Pflege in der Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH bedeutet.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Das Qualitätsmanagementsystem der Ev. Krankenhaugemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH orientiert sich an den Vorgaben von KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen).

Die Geschäftsführung ist für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements verantwortlich und die Qualitätskommission fungiert als oberstes Beratungsgremium.

Verantwortlich für alle Belange des Qualitätsmanagements ist die Geschäftsführung der Krankenhaugemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH.

Die Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement wird durch die Geschäftsführung systematisch in Jahreszielvereinbarungsgesprächen überprüft.

D-1.2.1 Patientenorientierung

Die kontinuierliche Überprüfung der Patientenzufriedenheit ist ein zentrales Aufgabengebiet des Qualitätsmanagements. Seit der Einführung des Beschwerdemanagements werden Rückmeldungen unserer Patienten und Angehörigen erfasst und für die Weiterentwicklung des Unternehmens genutzt.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Die Krankenhausführung der Ev. Krankenhaugemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH besteht aus einer Geschäftsführung (zwei Geschäftsführer und eine Prokuristin) und für die zwei Krankenhäuser jeweils aus einer Betriebsleitung (jeweils ein Ärztlicher Direktor, eine Pflegedirektorin und ein Verwaltungsdirektor).

Die Aufgabenschwerpunkte der Geschäftsführung sind in einem Geschäftsverteilungsplan hinterlegt. Die Arbeit der Betriebsleitungen wird in einer Geschäftsordnung geregelt. Darüber hinaus ist in den Führungsgrundsätzen die Integration und Kooperation aller Mitarbeitenden verankert.

Führungs- und Steuerungsinstrument - Balanced Scorecard Methode

Um größtmögliche Verständlichkeit bei den Führungskräften und Mitarbeitenden erreichen zu können, wurden das Leitbild und die Unternehmensziele in ein Balanced Scorecard System als Führungs- und Steuerungsinstrument überführt.

Damit werden aus den Unternehmenszielen Abteilungsziele abgeleitet.

Struktur der Balanced Scorecard:

- Kernleistung
- Kunden und Partner
- Prozesse
- Potenziale

Den o.g. Bereichen wurden die Leitstrukturen des Leitbildes zugeordnet, so dass diese Bestandteil der Balanced Scorecard sind.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Ziel ist es, über einen situativ angemessenen Führungsstil die qualifizierten Mitarbeitenden frühzeitig in die Weiterentwicklung des Krankenhauses einzubinden bzw. alle Mitarbeitenden über die geplanten Maßnahmen zu informieren.

In der jährlichen Mitarbeiterversammlung werden die Mitarbeitenden über die strategische Jahresplanung durch die Geschäftsführung informiert.

Wichtiger Bestandteil des Leitbildes ist die Förderung der persönlichen und fachlichen Entwicklung, um den Wissensstand der Mitarbeitenden stets auf bestmöglichem fachlichen

Stand der gegenwärtigen Erkenntnisse zu halten.

Ziel des eingeführten betrieblichen Vorschlagswesens ist es, den Mitarbeitenden Raum für Mitgestaltung zu geben und sicherzustellen, dass die Vorschläge systematisch erfasst, bewertet, honoriert und ggf. umgesetzt werden.

In der Geschäftsordnung ist ein Prämiensystem festgelegt.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Der mehrjährige Investitionsplan zeigt sowohl die in Vorjahren geplanten und noch nicht völlig abgeschlossenen Investitionen, als auch die neu geplanten Investitionen. Verantwortlich für die Erstellung der Planung der Finanzen und Investitionen ist die Betriebsleitung.

Für priorisierte Anschaffungen oder Reorganisationsentscheidungen werden Wirtschaftlichkeitsanalysen durch interne und externe Experten durchgeführt.

D-1.2.5 Prozessorientierung

In Ableitung von Leitlinien der Fachgesellschaften wurden Behandlungsstandards in allen Kliniken entwickelt. Weiterhin wurden klinische Behandlungspfade erarbeitet, wobei berufsgruppenübergreifend alle Schritte der Behandlung von Aufnahme bis Entlassung nach dem Ansatz des kooperativen Prozessmanagements dokumentiert werden.

Pflegestandards werden durch die Stabstelle Fachberatung Pflege erstellt und regelmäßig aktualisiert.

Klinik- und abteilungsübergreifende Regelwerke wie zur Optimierung der OP-Planung wurden erarbeitet und umgesetzt.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Die Entwicklung einer Zielplanung für das Krankenhaus erfolgt durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit der Betriebsleitung.

Diese wird jährlich unter Berücksichtigung

- des im Leitbild formulierten Unternehmensziels und der Unternehmensphilosophie
 - der sich verändernden politischen Rahmenbedingungen und des Gesundheitswesens
 - der Entwicklung der Wettbewerbssituation und der finanziellen Spielräume
- aktualisiert.

Nach Prüfung durch den Aufsichtsrat fließen die Beschlüsse in die unternehmerischen Ziele ein. Die Planungen zur Entwicklung des medizinischen Leistungsspektrums der Abteilungen sind in den Feststellungsbescheiden hinterlegt.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Fehlererkennung und -vermeidung leistete die Projektgruppe Risikomanagement. Nach Prüfung und Feststellung möglicher Risiken bzw. Fehlerquellen in unterschiedlichen Bereichen wurde ein anonymes Meldesystem für die Mitarbeitenden der Ev. Krankenhausgemeinschaft eingeführt.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

In übergreifenden Projekt- und Arbeitsgruppen wurden über das Jahr verteilt entsprechende Maßnahmenpläne entwickelt. Im Mittelpunkt standen die Kernbereiche Patientensicherheit, Behandlungspfade, Informationsweitergabe, Personalentwicklung sowie Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Die Umsetzung der Maßnahmen wird nach Prüfung durch ein übergeordnetes Qualitätsgremium, die Qualitätskommission, von der Geschäftsführung entsprechend der strategischen und operativen Ziele des Unternehmens beauftragt.

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

Im Krankenhausbrief können sich die Patienten über die wirtschaftliche und medizinische Entwicklung der Krankenhausgemeinschaft informieren. Als weitere Informationsmedien dienen das Intranet der Ev. Krankenhausgemeinschaft sowie die jährlich erstellten Geschäfts- und Qualitätsberichte.

Sämtliche Kliniken und Abteilungen informieren die Patienten mittels Folder. Niedergelassene Ärzte werden zu den Fortbildungen der Kliniken eingeladen.

Das Fortbildungsprogramm der IBF wird halbjährlich an die Kliniken/Bereiche verschickt und ist über das Intranet allen Mitarbeitenden zugänglich.

Das Programm hat folgende Schwerpunkte:

- Ärztliche Fortbildung, i.d.R. von der Ärztekammer zertifiziert
- Arbeitsschutz und Patientensicherheit
- EDV
- Schulung für Führungskräfte
- Kinästhetik
- Fortbildung für alle Mitarbeiter
- Weiterbildung

Die Pflegesymposien werden auch für externe Gäste ausgerichtet, insbesondere für Mitarbeiter von Kooperationspartnern wie ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser.

Die Geschäftsführung führt einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den Ärztevereinen und den Ärztenetzen in Herne und Castrop-Rauxel. Weiterhin trifft sich die Geschäftsführung zu den Evangelischen Pflegekonferenzen mit den nachsorgenden Einrichtungen im Kirchenkreis Herne-Castrop-Rauxel.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele leiten sich zum einen von behördlichen Vorgaben ab und richten sich nach den Vorschriften des Gesetzgebers, der Ärztekammer, der Kostenträger und Landesorganisationen.

Grundsatz und Ziel unserer Arbeit ist die kontinuierliche Verbesserung unserer Leistungen. Aus den Unternehmenszielen werden folgende Qualitätsziele abgeleitet:

Stärkung der Marktposition

- Erhöhung der Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Wünsche
- vertrauensvolle und verlässliche Zusammenarbeit mit unseren Partnern
- Optimierung der Angebots- und Organisationsstrukturen

Kontrolliertes Wachstum

- Leistungserbringung nach den Maßstäben einer zeitgemäßen Medizin unter Berücksichtigung der behördlichen Vorgaben und ökonomischen Ressourcen
- Durchführung eines standardisierten Finanz- und Investitionscontrollings

Mitarbeiterorientierung

- Steigerung der Zufriedenheit und Förderung von Kompetenz und Kreativität unserer Mitarbeitenden

Qualitätsmanagement

- Einbindung aller Krankenhausbereiche in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Überprüfung durch interne und externe Audits
- Risikoidentifizierung, Risikoanalyse und Risikominimierung

Auf Trägerebene werden jährlich die Rahmendaten (Stellen- und Wirtschaftsplan) festgelegt, und die konkreten abteilungsspezifischen Qualitätsziele werden auf Basis standardisierter Vorlagen in den Jahreszielvereinbarungen mit den leitenden Mitarbeitenden vereinbart und ihre Erreichung im Folgegespräch überprüft. Die Ziele werden auf Basis einer Balanced Scorecard in vier Dimensionen gegliedert.

Als gemeinsame Kategorien (Dimensionen) der Balanced Scorecard für die jeweiligen Kliniken, Abteilungen und zentralen Dienste sind definiert:

Kernleistung - Zuverlässigkeit, Innovation, Verantwortung, Effizienz

Kunden und Partner – hohe Zufriedenheit der Patienten und Geschäftspartner

Prozesse - Standardisierung, kontinuierliche Verbesserung

Potenziale - Transparenz, strukturierte interne Weiterentwicklung

Mit Hilfe der Balanced-Scorecard-Methode wurden für die zukunftsgerichteten Unternehmensziele strategische Kernbereiche im Berichtsjahr überarbeitet und Qualitätskennzahlen definiert. Geschäftsführung und Führungskräfte der Krankenhaushausgemeinschaft legen in den jährlichen Zielvereinbarungsgesprächen gemeinsam konkrete Ziele für die Abteilungen und Bereiche fest.

Die Zielvorgaben in den Balanced Scorecards sind mit Aussagen des Leitbilds verknüpft.

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Die Ziele für das Gesamtkrankenhaus sind die Basis für die Planung auf Klinik- und Abteilungsebene. Ziele werden jährlich in Zielvereinbarungsgesprächen mit Abteilungsleitungen formuliert. Zur Strukturierung wird eine Balanced Scorecard verwendet, die nach den o.g. Kategorien gestaffelt ist.

Zu jeder Kategorie der Balanced Scorecard gibt es:

- berufsgruppenspezifische Zielformulierungen
- Kennwerte (Kennzahlen, Auditergebnisse und zu realisierende Ereignisse)
- Angabe zur Zielerreichung im Vorjahr zwecks Überprüfung der Entwicklung
- neuer Zielwert für das folgende Jahr
- Kommentare

Als konkrete Ziele für das Qualitätsmanagement sind z.B. benannt:

- Planung, Vorbereitung und Begleitung der Rezertifizierung nach KTQ
- Umsetzung von Behandlungspfaden in das QM-Portal
- Systematisiertes Projektcontrolling
- Regelmäßige Schulungsveranstaltungen

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Zur Erreichung der Qualitätsziele werden sowohl hausübergreifend, als auch in einzelnen Kliniken/Abteilungen/Bereichen Projekte und Maßnahmen durchgeführt. Die Koordination erfolgt in der Qualitätskommission, welche Empfehlungen für die Geschäftsführung formuliert. Die Betriebsleitung berichtet über die Erreichung der Qualitätsziele in der Qualitätskommission, so dass diese zur Grundlage der weiteren Planung und Priorisierung von Projekten und Maßnahmen dienen kann. Der Projekterfolg wird im Rahmen des Projektmanagements durch QM systematisch überprüft. Nach Ende der Projekte wird der langfristige Projekterfolg im Rahmen von internen Audits oder durch regelmäßige Evaluationen überprüft.

Die übergeordneten Qualitätsziele werden von der Geschäftsführung auf Basis der Rahmenbedingungen überprüft und mit dem Aufsichtsrat abgestimmt.

Die Erreichung der mit den Klinik- und Abteilungsleitungen vereinbarten Ziele wird durch die Geschäftsführung in den jährlichen Zielvereinbarungsgesprächen überprüft. Diese wird auf dem Standardformular (Balanced Scorecard) dokumentiert und dient als Grundlage der Zielvereinbarung durch das Folgejahr.

Alle prozessbezogenen Ziele werden durch geeignete Instrumente überprüft.

Beispiele sind:

- Überprüfung der Dauer der Arztbriefherstellung durch die Verwaltungsdirektion
- Messung der Dauer der Bearbeitung von Beschwerden durch die Beauftragte für das Beschwerde-/ Meinungsmanagement
- Überprüfung der Übermittlung relevanter Informationen durch Management-Audits, die von der Abteilung QM durchgeführt werden.

In der Abteilung Leistungsmanagement werden regelmäßig Fehlbelegungsprüfungen simuliert und die Ergebnisse den Chefärzten mitgeteilt. Auch werden jährliche Disease-Staging-Analysen beauftragt und die Ergebnisse analysiert.

Weiterhin wird eine klinikspezifische Statistik über MDK-Anfragen und das entsprechende Ergebnis geführt.

Es ist ein monatliches Reporting über relevante Leistungszahlen (u. a. nosokomiale Infektionen) etabliert. Die Reports werden von der Abteilung Leistungsmanagement erstellt und den Chefärzten, DRG-Beauftragten, Verwaltungsdirektoren und der Geschäftsführung weitergeleitet.

Codierrelevante Kennzahlen werden in einem Benchmarking im Rahmen des Zweckverbands überprüft. Die quartalsweisen Ergebnisse werden in den DRG-Sitzungen besprochen.

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Im jährlichen Geschäftsbericht und in den Mitarbeitervollversammlungen informiert die Geschäftsführung alle Mitarbeitenden über grundsätzliche und zukünftige Unternehmensziele. Dabei informiert sie über unternehmerische Ziele und von der Betriebsleitung wird deren operative Umsetzung vorgestellt.

Halbjährliche Klausurtagungen der Leitungsrunde sowie die jährliche Arbeitstagung, dienen als Informations- und Kommunikationsforum ärztlicher und pflegerischer Leitungskräfte, der Betriebsleitung sowie Leitungen zentraler Dienste.

Die mit den Abteilungsleitern vereinbarten Ziele werden von diesen an nachgeordnete Mitarbeitende kommuniziert und im Rahmen der Mitarbeitergespräche für die mittlere Führungsebene in konkrete individuelle Ziele umgesetzt.

Daneben werden auch im Rahmen von Projekten und Maßnahmen des QM konkrete Qualitätsziele formuliert. Diese werden in den entsprechenden Verfahrensanweisungen und Konzepten formuliert und durch geeignete Checkinstrumente überprüft.

Beispiele für diese Qualitätsziele sind:

- Übermittlung der vollständigen Arztbriefe bis 5 Tage nach Entlassung
- Zügige Bearbeitung eingehender Beschwerden mit der ersten Rückmeldung innerhalb von 5 Tagen
- Zeitnahe Übermittlung relevanter Informationen durch die Dienstvorgesetzten und Fachvorgesetzten der zentralen Dienste

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Krankenhausgemeinschaft als Stabsstelle in der Geschäftsführung verankert. Diese Organisationsstruktur ist in den Organigrammen der Ev. Krankenhausgemeinschaft dargestellt. Ein Organigramm beschreibt die QM-Struktur, eine die Fachsicht und ein weiteres die Dienstaufsicht.

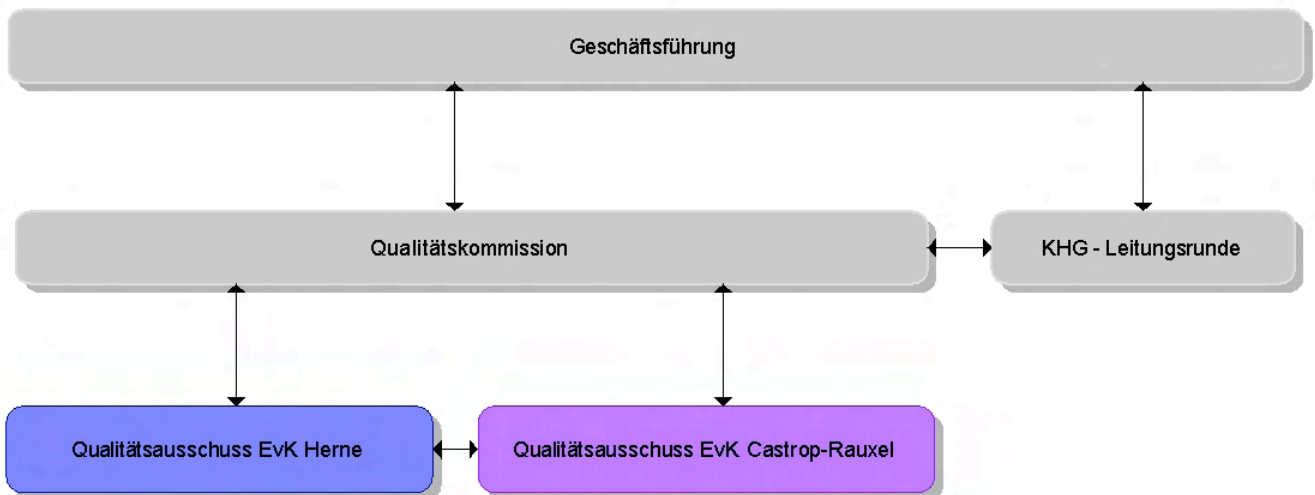
Die Abteilung Qualitätsmanagement, mit insgesamt 3,5 Vollkräften besetzt, ist mit der Umsetzung des QM beauftragt,

- Leiter Qualitätsmanagement (LQM)
- Qualitätsbeauftragte (QB)
- Qualitätsbeauftragte Pflege (QB-Pflege)

Zudem ist in der Abteilung die Beauftragte für Beschwerde-/ Meinungsmanagement und für Risikomanagement beschäftigt.

Der Leiter der Abteilung Qualitätsmanagement (LQM) wird durch zwei Qualitätsbeauftragte (QB) in Vollzeitstellung und eine Beauftragte für Beschwerde-/ Meinungsmanagement und für Risikomanagement in Teilzeitstellung unterstützt.

In vertrauensvoller und enger Kooperation werden grundsätzliche und zukünftige Qualitätsziele mit dem Leiter der Abteilung und der Geschäftsführung festgelegt.



Die hausübergreifende Qualitätskommission ist das oberste beratende Gremium zu den Belangen des Qualitätsmanagements und koordiniert alle Maßnahmen. Regelmäßige Mitglieder sind:

- Betriebsleitungen Herne/ Castrop-Rauxel
- Ein Mitglied der GF
- Ein Mitarbeitervertreter
- Leiter des Leistungsmanagements
- Leiter der Abteilung Qualitätsmanagement
- Qualitätsbeauftragte

Die Geschäftsführung der monatlich tagenden Qualitätskommission obliegt dem Leiter Qualitätsmanagement. Termine werden langfristig vorher geplant, eine feste Tagesordnung ist etabliert und die Ergebnisse werden strukturiert protokolliert. Alle Regelungen sind in der Satzung der Qualitätskommission schriftlich dokumentiert.

Die gefassten Beschlüsse der Qualitätskommission und die sich daraus ergebenden Maßnahmen sind nach Unterzeichnung der Geschäftsführung für alle Mitarbeitenden der Krankenhausgemeinschaft bindend.

Für alle Kliniken, Abteilungen und Bereiche sind Qualitätsverantwortliche aus den unterschiedlichen Berufsgruppen benannt. Diese stellen die Kommunikation zwischen der

Abteilung QM und den Mitarbeitern der Bereiche sicher und stehen den Mitarbeitenden als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie unterstützen die Steuerung und Umsetzung der QM-Aktivitäten in ihren Abteilungen und Bereichen. Sie werden in den viermal jährlich stattfindenden hausspezifischen Qualitätsausschüssen von der Abteilung QM über Neuerungen informiert und geben gleichzeitig Rückmeldung über die Umsetzung der Vorgaben in den Abteilungen. Zusätzlich werden themenbezogene Sondersitzungen der Qualitätsausschüsse einberufen, in denen Vorgaben zur weiteren Optimierung der Prozesse erarbeitet werden.

Mitglieder aller Leitungsebenen sind in die Weiterentwicklung und Umsetzung des QM eingebunden. Hierzu zählt die zweimal jährlich stattfindende KHG-Leitungsrunde zu den aktuellen Themen der Entwicklung des Unternehmens und Qualitätsmanagements. Teilnehmer sind: Betriebsleitung, Geschäftsführung, MAV, Leitung der zentralen Dienste

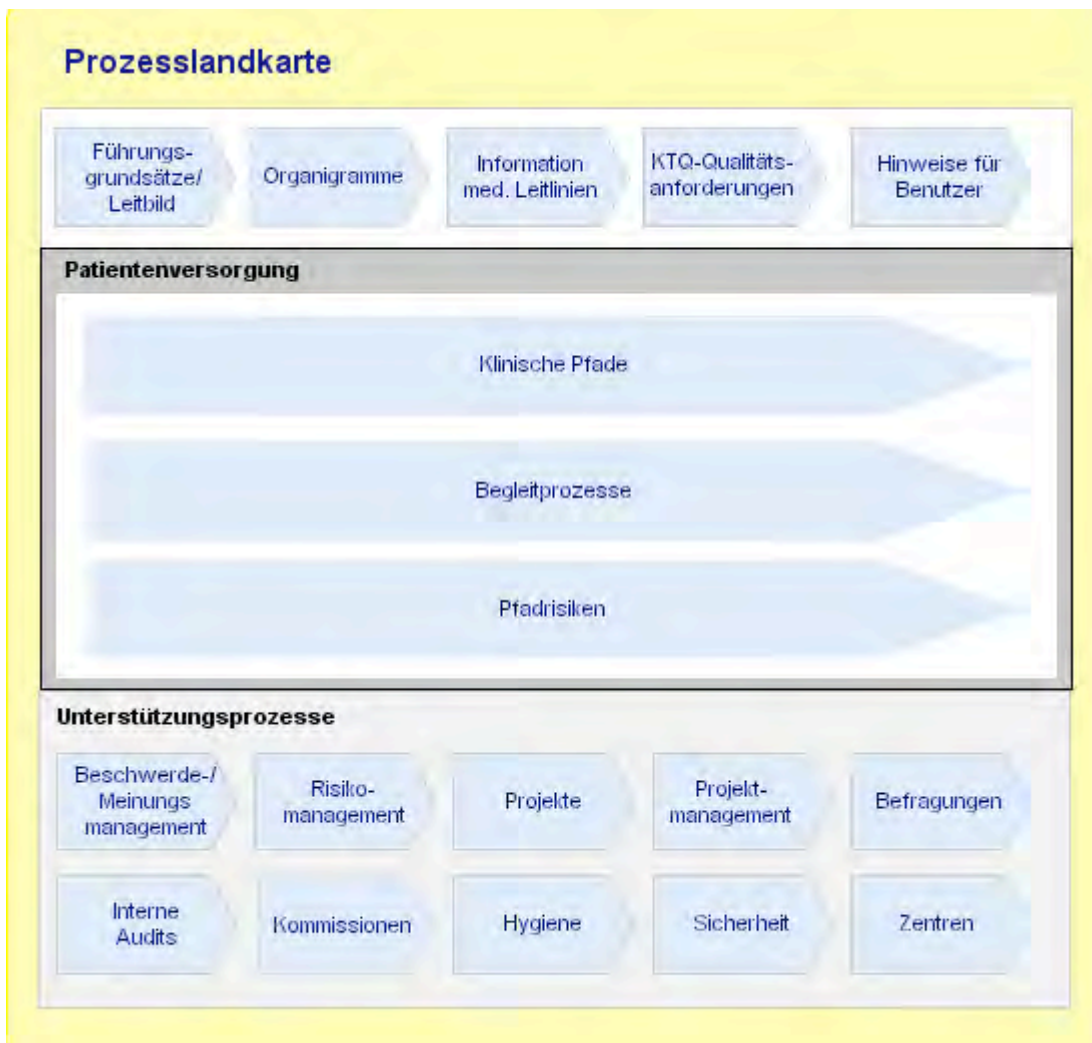
Themenbezogen werden die Mitarbeitenden der Abteilung QM in weitere Gremien zur Informationsweiterleitung eingeladen. Dazu gehören z.B.:

- Chefarztkonferenz
- Plenumskonferenz (Sitzung der Stations-/ Funktionsleitungen der Pflege)
- VD-Sitzung
- Dienstvorgesehenbesprechung des Verwaltungsdirektors
- Betriebsleitungssitzungen

Des Weiteren sind Mitarbeitende unterschiedlicher Leitungsebenen auch in die Projektarbeit im Rahmen des Qualitätsmanagements eingebunden. Stellenprofile sind für alle Arbeitsplätze definiert und geben Auskunft über das erforderliche Qualifikationsniveau und die Einordnung in die Organisationsstruktur.

Für Beauftragte (Arbeitssicherheit, Hygiene, Umwelt, etc.), die schriftlich von der Geschäftsführung benannt sind, wurden Aufgabenprofile erstellt.

Wesentliche Abläufe werden mit Hilfe von Prozessbeschreibungen, Behandlungsstandards, klinischen Pfaden und Verfahrensanweisungen dargestellt und im elektronischen QM-Handbuch (QM-Portal) dokumentiert.



Die inhaltliche und fachliche Aktualisierung der Prozess- und Verfahrensbeschreibungen liegt in der Zuständigkeit der Leitungen der jeweiligen Kliniken, Bereiche und Abteilungen.

Weitere Qualitätskonferenzen finden in regelmäßigen Abständen sowohl innerhalb der Abteilungen als auch abteilungsübergreifend statt.

Neben den allgemein geforderten Qualitätskonferenzen wie

- Hygienekommission
- Arbeitsschutzkommission
- Transfusionskommission
- Arzneimittelkommission

finden sowohl klinische als auch strategische Qualitätskonferenzen mit interdisziplinären und interprofessionellen Fallbesprechungen in folgenden Bereichen statt:

- Gastroenterologisch-allgemeinchirurgische Konferenz: wöchentlich
- Konferenz Stroke Unit: täglich
- klinisch-pathologische Konferenz: monatlich

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ziel ist es, durch vielfältige Methoden der internen Qualitätssicherung (QS) die Qualität in allen Bereichen kontinuierlich zu verbessern.

Es kommen folgende Instrumente und Methoden der internen QS zum Einsatz:

Kennzahlen und Statistiken

Es erfolgt ein monatliches Reporting über relevante Leistungszahlen.

Codierrelevante Kennzahlen werden in einem Benchmarking überprüft und die quartalsweisen Ergebnisse werden in den DRG-Sitzungen besprochen.

Seitens der Hygiene werden unterschiedliche Statistiken (nosokomiale Infektionen) erhoben und in der Hygienekommission besprochen.

In den Kliniken werden verschiedene Kennzahlen erfasst, die zur internen QS genutzt werden. Dazu gehören z.B. die Wiederaufnahmen bei gleicher DRG, Komplikationsraten nach Rektum- und Schilddrüsenoperationen. Auch werden sämtliche Ergebnisse der externen QS für die kontinuierliche Verbesserung verwendet.

In der Traumatologie wird die poststationäre Nachbetreuung spezieller Indikationen (proximale Trümmerfraktur des Oberarms) systematisch bzgl. des Verlaufs evaluiert.

Audits/ Begehungen

Zu den systematischen Audits gehören z.B.:

- Audits zur Umsetzung der Expertenstandards (Pflege)
- Interne Audits koordiniert durch die Abteilung QM nach Jahresauditplan
- Dokumentationsaudits der Pflege
- Hygienebegehungen
- Arbeits- und Brandschutzbegehungen
- Apothekenbegehungen

Beschwerdemanagement

Ziel ist es sicherzustellen, dass Beschwerden / Meinungen zeitnah weitergeleitet werden und im Sinne der Beschwerdeführenden bearbeitet werden. Es sollen konstruktive Lösungen für die Beschwerden / Meinungen gefunden werden und diese auch zur kontinuierlichen Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterorientierung genutzt werden. Neben der Erfassung von Beschwerden ist es uns ein besonderes Anliegen auch Anregungen, Lob und Kritik systematisch zu erfassen.

Patienten werden durch ein mehrsprachiges Anschreiben (deutsch, türkisch, englisch) in der Aufnahmemappe darauf hingewiesen, dass ihre Rückmeldung erwünscht ist und einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Qualität leistet.

Alle Regelungen zum systematischen Umgang mit Beschwerden und Meinungen von Patienten, Angehörigen und sonstigen Kunden sind in der gleichnamigen Verfahrensanweisung und als Prozess im QM-Portal veröffentlicht.

Die Beauftragte für das Beschwerde-/Meinungsmanagement überprüft die Einhaltung der zeitlichen Fristen für die Bearbeitung der Beschwerden und schließt jeden Fall durch eine inhaltliche Prüfung der Stellungnahme ab.

Im Jahre 2007 gingen beim Beschwerdemanagement insgesamt 1752 Rückmeldungen ein. Davon waren 405 Beschwerden, 177 Anregungen und 1171 Lob. 2008 erhielten wir 1803 Rückmeldungen nach der Aufteilung Kritik (360), Anregungen (171) und Lob (1276). Im Quartalsbericht wird der Betriebsleitung die statistische Auswertung präsentiert und

anschließend im Intranet veröffentlicht. Bei festgestellten Vorgabenabweichungen werden Maßnahmen eingeleitet.

Die Auswertung erfolgt differenziert nach:

- Anzahl
- Art des Eingangs (Lob, Anregung, Kritik)
- Eingangskanal (Meinungsbogen, Hotline, Intranet, Sonstige)
- Kategorie (Patientensicherheit, Mitarbeitende, Organisationsabläufe, Sonstiges)
- Fachdisziplin
- Station
- Meinungsthema (Freundlichkeit, Betreuung, Essen etc.)
- Weiterempfehlungstendenz

Wichtige Ergebnisse der Auswertungen sind z.B.:

- das Ziel, dass 5% der behandelten Patienten pro Jahr eine Rückmeldung geben, wird seit 2005 übertroffen und es ist ein stetiger Anstieg zu verzeichnen
- der Anteil des Lobs an den gesamten Rückmeldungen hat sich vergrößert
- Rückmeldungen über die pflegerische Betreuung werden am häufigsten geäußert

Der Umgang mit Beschwerden wird jährlich im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung geschult.

Fehler und Risikomanagement

Es ist ein System zur anonymen Meldung von Vorkommnissen und Beinahevorkommnissen etabliert. Dieses Critical Incident Report System (CIRS) bietet jedem Mitarbeitenden die Möglichkeit, Beinahezwiseufälle anonym zu melden. Die Daten werden von der Beauftragten für Risikomanagement anonymisiert und anschließend dem Steuerungsteam vorgelegt und in den monatlichen Sitzungen besprochen. Dieses bewertet eingehende Meldungen, veranlasst auf Metaebene einzuleitende Verbesserungen und legt die Verantwortlichkeiten für die Bearbeitung fest. Die Verbesserungsmaßnahmen und Ergebnisse werden im Internet publiziert. Für das Jahr 2009 ist eine Evaluation des internen CIRS durch externe Fachleute geplant.

Weiterhin werden systematisch Komplikationsraten (intra- und postoperative Komplikationen, Wundheilungsstörungen) in Kliniken und z.B. im Referenzzentrum Koloproktologie erfasst. Qualitätszirkel sind in nahezu allen Kliniken mit niedergelassenen Kollegen etabliert.

Das besondere operative Spektrum in der Chirurgie führte 2007 zur Überprüfung, in welcher Hinsicht die sehr spezielle Starr-Operation einem Benchmarking zugeführt werden könnte.

Befragungen

Um die Zufriedenheit der relevanten Zielgruppen zu erfassen, werden alle drei Jahre (im Wechsel) Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen durchgeführt. Viele Aspekte des Leitbilds werden auch in den Fragen der regelmäßigen Mitarbeitenden- und Patientenbefragungen berücksichtigt.

Daneben werden unter Verantwortung der Geschäftsführung weitere Befragungen bestimmter Zielgruppen oder zu bestimmten Themen geplant und durchgeführt (Bsp.: Speisenversorgung). Im letzten Quartal des Jahres 2007 erfolgte erneut eine umfassende Patientenbefragung in der Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel gGmbH. Hierzu wurde ein umfassender Fragenkatalog zu den nachfolgenden Themenkomplexen erarbeitet:

1. Aufnahme auf der Station
2. Ausstattung und Unterbringung auf der Station
3. Ärztliche Betreuung auf der Station
4. Visiten auf der Station

5. Pflegerische Betreuung auf der Station
6. Diagnostischer & therapeutischer Bereich
7. Information und Aufklärung
8. Seelsorge und Sozialberatung
9. Organisation auf der Station
10. Klima auf der Station
11. Zusätzliche Angebote
12. Entlassung von der Station
13. Abschließende Fragen (Gesamturteil)

Zusätzlich wurden die Patienten unter dem Stichwort "Schmerzfreies Krankenhaus" ausführlich nach dem Umgang mit Schmerzen befragt.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung wurden in den einzelnen Gremien der Ev. Krankenhausgemeinschaft vorgestellt.

In den Kliniken wurden diese im Jahre 2008 analysiert und Maßnahmenkataloge zur Verbesserung erarbeitet. Schwerpunkte hierbei waren:

- Entlassungsmanagement - Terminplanung und Koordination mit Schnittstellen optimieren
- Information und Aufklärung - Einbindung von Patienten und Angehörigen
- Überprüfung und Anpassung der Besprechungskultur und Informationsweitergabe - Sicherstellung der Informationsweitergabe berufsgruppenübergreifend
- Optimierung des Visitenablaufes und der Visitendokumentation

Weiterhin wurde im Jahre 2007 während des Krankenhausaufenthaltes eine

Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit der Ernährung in den Krankenhäusern durchgeführt. Die Speisenversorgung in der Ev. Krankenhausgemeinschaft wurde von den Patienten als gut bewertet. Auffällig war, dass die Patienten im Durchschnitt stärker gewürzte Speisen wünschten. Eine längere Liegezeit hatte nur einen gering negativen Einfluss auf die Einschätzung der Speiseversorgung. Die stärksten organisatorischen Einflussfaktoren auf die Gesamtbewertung waren die Auswahl des Abendessens und die tägliche Frage nach den Speisewünschen.

Aus der Befragung abgeleitete Maßnahmen für 2008 waren:

- Überarbeitung des Speisekonzeptes durch eine Arbeitsgruppe
- Anpassung von Rezepturen hinsichtlich ihrer Würze
- Anpassung von Portionsgrößen
- Ablösung des leichten Vollkostmenüs als Standardmenü durch ein zweites Vollkostmenü
- Anschaffung neuer Transportwagen, die bei Erreichung der Verzehreremperatur ein Tonsignal (Beethovens 9. Sinfonie) von sich geben.

In der dreijährlich durchgeführten Mitarbeiterbefragung wird die Umsetzung der Grundsätze durch die Mitarbeitenden bewertet. Hierzu finden sich u.a. folgende Blöcke:

- Führungsverhalten
- Kommunikationskultur
- Fort- und Weiterbildung
- Aufgaben und Belastung

Zusätzlich erfolgte eine Befragung zur Umsetzung des im Jahre 2007 neu konzipierten Leitbildes in der Ev. Krankenhausgemeinschaft.

Aufgrund der Auswertungen der Mitarbeiterbefragungen wurden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Um den mitarbeiterorientierten Führungsstil auch stärker im Unternehmen zu verankern und besser zu kommunizieren, wurde dieser unter dem Punkt "Mitarbeitende" in 2007 im Leitbild ergänzt.
- Um die Führungsgrundsätze stärker im Krankenhaus zu etablieren, wurde 2006 das Angebot der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) für die Führungskräftequalifikation erweitert und der Besuch von zwei Veranstaltungen jährlich als verpflichtend für die Führungskräfte deklariert.
- Um eine bessere Integration des mittleren Managements in die Zielfindung und

Zielerreichung des Krankenhauses umzusetzen, wurden im Jahr 2008 die Zielvereinbarungsgespräche auf das mittlere Management ausgeweitet.

Einen weiteren Schwerpunkt unserer Patientenverantwortung legen wir in die höchstmögliche Patientensicherheit, um Eigen- und Fremdgefährdungen weitestgehend auszuschließen. In den letzten Jahren wurden viele berufsgruppenübergreifende Standards und Verfahrensanweisungen (VA) erarbeitet und umgesetzt u.a.:

- Gewährleistung der Patientensicherheit von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen
- Patienten mit Hin- und Weglauftendenz (inkl. VA zum Verhalten bei nicht-auffindbaren Patienten)
- Verhalten bei Patienten mit Suizidgefährdung
- Standard zur Dekubitusprophylaxe (inkl. Einschätzung, Präventionsmaßnahmen, Bestellung der Hilfsmittel, Erhebung und Auswertung etc.)
- Standard zur Sturzprophylaxe (Anamnese, Ereignisprotokoll etc.)

Im Rahmen der Umsetzung der nationalen Expertenstandards Dekubitus werden alle auftretenden Komplikationen erfasst. Die Ergebnisse der Maßnahmen im Rahmen der Dekubituserfassung werden durch interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen ausführlich ausgewertet. Vergleichsauswertungen (Benchmark) im Rahmen des Zweckverbands und der Kliniken Westfalen/Lippe sind hierzu etabliert.

Regelhaft werden Schulungen im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung zum Thema Patientensicherheit (z.B. Umgang mit Demenz) angeboten.

Im Jahre 2008 wurde die Durchführung eines einmal jährlich stattfindenden Rollstuhlchecks eingeführt.

Sturzereignis- und Fixierungsprotokolle wurden quartalsweise von der Abteilung QM ausgewertet.

Weiterhin werden kontinuierlich die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit zu Eingriffsverwechslungen in den Klinikalltag integriert. Beispiel hierfür ist die Einführung eines sog. Team-Time-Out vor jeder Operation.

Wartezeitenanalysen werden in den Funktionsbereichen und Ambulanzen durchgeführt.

Regelhaft finden unter den Aspekten der Patientensicherheit Hygienebegehungen und Begehungen des Sicherheitsbeauftragten statt. Alle Medizingeräte werden regelmäßig geprüft. Im Rahmen von halbjährlichen Stations- und Bereichsbegehungen durch die Zentralapotheke, erfolgt eine Überprüfung der Arzneimittelbestände und –lagerung. Abweichungen von Vorgaben werden protokolliert und an die entsprechenden Stellen zur Maßnahmenumsetzung weitergeleitet.

Patienteninformation und –aufklärung

Alle Patienten erhalten bei Aufnahme einen Stationsfolder, in welchem die Versorgungsabläufe beschrieben sind. Dazu gehören z.B. Visiten- und Essenszeiten.

Auch in der Herzlich-Willkommen-Broschüre sind wichtige Informationen z.B. zu TV und Telefon dokumentiert und es liegt ein aktueller Speiseplan in den Zimmern aus.

Bei operativen oder diagnostischen Eingriffen werden die Patienten vom behandelnden Arzt i.d.R. 24 Std. vor dem Eingriff umfassend und auf Basis standardisierter Aufklärungsbögen aufgeklärt. Angehörige oder die Seelsorger werden auf Wunsch des Patienten in die Gespräche einbezogen. Außerdem steht den Patienten eine Patientenführsprecherin als Ansprechpartnerin zur Verfügung und in kritischen Fällen kann ein Ethik-Konsil gestellt werden.

Bei elektiven Eingriffen erfolgt eine wesentliche Information der Patienten schon im Vorfeld der stationären Aufnahme. Nach Ersteinschätzung auf fachärztlicher Basis erfolgt die gemeinsame Behandlungsplanung. Anschließend wird der Patient im Rahmen von Visiten und ggf. im individuellen Gespräch über die Befunde und das weitere Vorgehen informiert. Äußert ein

Patient den Wunsch eine Zweitmeinung einzuholen, wird er dabei von den an der Behandlung Beteiligten unterstützt und alle notwendigen Unterlagen werden bereitgestellt. Die abschließende Information der Patienten findet im Entlassungsgespräch statt und ggf. werden Termine für eine poststationäre Sprechstunde vereinbart.

Für bestimmte Patientengruppen werden systematische Schulungen angeboten. Dazu zählen z.B. die Themen:

- Diabetes
- Marcumar
- Verhalten nach OP (durch die Physiotherapie)
- Stomatherapie
- Interferonbasisbehandlung bei MS
- Ernährungssonden
- Palliativ-Betreuung
- Wundversorgung

Für Mitarbeitende werden im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung Veranstaltungen zur Förderung der Patientenorientierung angeboten. Dazu gehören z.B. die Themen Gesprächsführung oder Konfliktmanagement. Auch werden verpflichtende Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, z.B. zum Umgang mit Beschwerden.

Des Weiteren werden Patienten über Aushänge über eine Vielzahl lokaler Selbsthilfegruppen informiert und in vielen Fällen wird der Erstkontakt durch die an der Behandlung Beteiligten vermittelt.

Darüber hinaus werden einigen Gruppen Räume zur Verfügung gestellt, gemeinsame Info-Veranstaltungen durchgeführt und Mitarbeitende des Hauses halten Fachvorträge bei den Gruppentreffen.

Hygienemanagement

Ziel unseres Hygienemanagements ist es, eine klare, für die Mitarbeitenden nachvollziehbare, hygienebezogene Struktur zu etablieren, die den einzelnen Berufsgruppen die verbindlichen Vorgaben aufzeigt und die gesetzlichen Anforderungen berücksichtigt.

In jeder Abteilung liegt ein Hygieneordner vor, der unter anderem folgendes enthält:

- Hygiene- und Desinfektionspläne
- Verfahrensanweisungen, z.B. Badewannenaufbereitung
- Handschuh- und Hautschutzplan
- Abfallentsorgungsplan
- Schmutzwäscheentsorgungsplan
- Auszüge aus der Biostoffverordnung

Die Inhalte der Ordner werden alle zwei bis drei Jahre auf Aktualität geprüft und bei Bedarf angepasst. Zudem werden sie anlassbezogen (z.B. bei neuen Vorgaben des RKI) aktualisiert. Die Hygienefachkräfte sind für die Aktualisierung zuständig.

Die Inkraftsetzung erfolgt schließlich durch Beschluss des Hygieneausschusses bzw. der Hygienekommission und durch Abzeichnung des hygieneverantwortlichen Arztes, des Geschäftsführers und des Ärztlichen Direktors.

Übergeordnet zuständig für die Belange der Hygiene in der Ev. Krankenhausgemeinschaft ist der Vorsitzende der Hygienekommission. Die Hygienekommission tagt entsprechend den Vorgaben des RKI mindestens zweimal jährlich und bei Bedarf. Die Landesvorgaben sind durch die RKI-Vorgaben ebenfalls erfüllt. Die Sitzungen verlaufen laut Geschäftsordnung, vorab werden Einladungen, denen die aktuellen Tagesordnungspunkte zu entnehmen sind, verschickt. Die Sitzungen der Hygienekommission werden von den Hygienefachkräften in Abstimmung mit dem Vorsitzenden protokolliert und allen Mitgliedern der Hygienekommission zur Verfügung gestellt. Dies gilt gleichermaßen für die ebenfalls eingerichteten

Hygieneausschüsse.

Verantwortlich für die Hygiene ist der Ärztliche Direktor in seiner Funktion als Hygieneverantwortlicher. Unterstützt er durch die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienefachkräfte und den beratenden Krankenhaushygieniker.

Die Hygienefachkräfte führen mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen (beispielsweise Händeabdruckuntersuchungen, halbjährliche Untersuchungen in Risikobereichen wie z.B. OP) durch.

Im Rahmen des Risikomanagements werden folgende Kennzahlen erhoben:

- Verbesserung der Handabdruckuntersuchung um 5%
- Steigerung des Durchdringungsgrades bezüglich der Inhalte der Biostoffverordnung um 10%

Weitere Kennzahlen sind:

- Anzahl der Meldungen der nosokomialen Infektionen
- Bearbeitungsstand der Meldungen
- Anzahl der MRSA-Patienten

In allen Abteilungen liegen Checklisten zu Reinigung und Desinfektionsarbeiten vor, die die Inhalte der Hygienepläne wiedergeben. Diese Checklisten werden monatlich von den Hygienefachkräften kontrolliert.

Ein identifizierter hygienischer Mangel wird umgehend einer Hygienefachkraft per Telefon, E-Mail, Funk oder schriftlich gemeldet.

Im Rahmen von vor Ortbegehungen wird ein Begehungsprotokoll erstellt, in dem auch die zu veranlassenden Maßnahmen, der Zielzeitraum, der Erledigungsstatus und der Verantwortliche benannt sind.

Die jährlich überarbeiteten Hygienepläne regeln u.a. den Ablauf bei speziellen Erregern (zum Beispiel MRSA, pandemische Influenza).

Die 2008 überarbeitete Betriebsanweisung zur Biostoffverordnung/ IfSG regelt das Vorgehen bei allen relevanten Infektionserkrankungen. Hierin sind die verschiedenen Vorgehensweisen zu allen gängigen Erregern wie beispielsweise VRE, HIV, Hepatitis, TBC enthalten.

Die Infektionsstatistiken erlauben zunächst eine Differenzierung der nosokomialen Infektionen nach betroffenen Organen und/ oder typischen Risikofaktoren (Katheter). Zusätzlich kann eine Zuordnung nach Kliniken, Abteilungen und zum Teil auch Verfahren vorgenommen werden. Statistische Auffälligkeiten lösen eine Rekonstruktion der Fälle (gegebenenfalls auch eine Überprüfung der Abläufe) sowie eine individuelle Bewertung durch die leitenden Ärzte und die Hygienefachkräfte aus. Die Ergebnisse der Statistiken werden in der Hygienekommission und den -ausschüssen thematisiert und protokolliert. Die anschließende Informationsweitergabe erfolgt in den jeweiligen Besprechungen der Kliniken, Stationskonferenzen, Plenums- und Teamsitzungen.

Die verpflichtende Teilnahme der Mitarbeitenden an den Hygieneschulungen wird anhand der geführten Teilnahmelisten überprüft.

Abgeleitete Maßnahmen aus den Überprüfungen:

- 2008 erfolgte die Anmeldung zur Teilnahme an der Aktion "Saubere Hände" des RKI und des Gesundheitsministeriums.
- Der Hygienetag für Pflegekräfte und Ärzte wurde inhaltlich aufgewertet.
- Ein strukturiertes MRSA-Screening wurde an kritischen Versorgungsstellen eingeführt.
- Die nosokomialen Infektionen werden seit 2008 in allen Kliniken online erfasst.
- Folgende Infektionen werden berücksichtigt:
 - Harnwegsinfektionen (mit und ohne Katheter)
 - Sepsis (mit und ohne Katheter)
 - Pneumonien (invasiv und nicht-invasiv)
 - Wundinfektion bei Colon und Thoraxoperationen (oberflächliche und tiefe)
- Ein KHG-weit geltender Standard zur Antibiotikatherapie (QM-Portal) wurde 2007 erarbeitet

und jährlich überprüft.

- Seit 2008 wird eine Einweisung in die Krankenhaushygiene für neue Mitarbeitende verpflichtend durchgeführt.
- Meldewesen kleinere Epidemien (z.B. Norovirus):
Die Meldung und die zu ergreifenden Maßnahmen sind in der 2008 von der Hygienekommission verabschiedeten Verfahrensanweisung "Ausbruchsmanagement" beschrieben.

Systematische Datenanalysen

In der Abteilung Leistungsmanagement werden regelmäßig Fehlbelegungsprüfungen simuliert und die Ergebnisse den Chefarzten mitgeteilt. Auch werden jährliche Disease-Staging-Analysen beauftragt und die Ergebnisse analysiert.

Weiterhin werden klinikspezifische Statistiken über MDK-Anfragen und deren Ergebnisse geführt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Verantwortlich für ein funktionierendes Projektmanagement ist die Abteilung Qualitätsmanagement, dem auch das Projektcontrolling obliegt. Projektaufträge werden schriftlich unter Benennung des Projektleiters, des Projektziels, der Termine und Meilensteine sowie der zu erarbeitenden Ergebnisse erteilt.

Entsprechend der Verfahrensanweisung Projektmanagement begleitet und überwacht die Abteilung Qualitätsmanagement sowohl zentrale, als auch klinik- und abteilungsbezogene Projekte.

Projektergebnisse werden zur Prüfung der Qualitätskommission als übergeordnetem Qualitätsgremium vorgestellt. Diese beschließt, nach Bewertung der Projektergebnisse, Art und Umfang der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Qualitätsziele der Ev. Krankenhausgemeinschaft.

Alle Projekte werden nach dem von Deming beschriebenen PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) geplant, organisiert und umgesetzt.

PLAN

Beschreibt die Planung der Prozesse, auf die sich das jeweilige Kriterium bezieht, sowie die geltenden Verantwortlichkeiten.

DO

Beschreibt den „Ist-Zustand“ bzw. die Umsetzung der Prozesse, auf die sich das jeweilige Kriterium bezieht.

CHECK

Beschreibt, wie die regelmäßige, nachvollziehbare Überprüfung und Bewertung der Zielerreichung der in DO dargestellten Prozesse erfolgt.

ACT

Beschreibt die Verbesserungsmaßnahmen, die sich aus den Ergebnissen aus CHECK ableiten lassen.

Darstellung der Projektplanung, -durchführung und –ergebnisumsetzung am Beispiel:

Medizinisches Notfallmanagement

Projektauftrag:

Ausarbeitung von Notfallplänen für hausinterne Notfälle und den Massenanfall von Verletzten

Zielsetzung:

Strukturierte und organisierte Notfallbehandlung, Patientenaufklärung und Dokumentation bei Notfällen in der Ev. Krankenhausgemeinschaft

1. Ablaufschemata Notfall in den einzelnen Abteilungen
2. Notfall in der Sporthalle Herne
3. Notfall in der Schwimmhalle Castrop-Rauxel
4. Notfall bei Diagnostik im Hause
5. Reanimationsmanagement
6. Ablaufschema und Checklisten zur Dokumentation
7. Minimierung von Wartezeiten

Zu erarbeitende Ergebnisse:

Zu 1 Ablaufschemata Notfall in den einzelnen Abteilungen:

- Erarbeitung von Standards für Behandlungsmaßnahme, Hinterlegung in einem Handbuch

- Erarbeitung von Verfahrensanweisungen der Arbeitsabläufe in der ZNA
- Erarbeitung eines Ablaufalgorithmus für polytraumatisierte Patienten in ZNA
- Kriterien und Regeldefinition über das Hinzuziehen des Hintergrunddienstes oder Ärzte anderer Fachabteilungen in ZNA
- Erstellen der Ablaufschemata Notfall in den einzelnen Abteilungen / Sprechstunden
- Konzept zur erneuten Einschätzung der Patienten in der Wartezone der ZNA nach einem bestimmten Zeitintervall

Zu 2 Notfall in der Sporthalle Herne :

Ablaufbeschreibung bei einem Notfall in der Sporthalle Herne

Zu 3 Notfall in der Schwimmhalle Castrop-Rauxel:

Ablaufbeschreibung bei einem Notfall in der Schwimmhalle Castrop-Rauxel

Zu 4 Notfall bei Diagnostik im Hause:

Ablaufbeschreibung bei einem Notfall während Diagnostik im Hause

Zu 5 Reanimationsmanagement

- Ernennung eines feststehenden Teams im Notfallmanagement aus einem Kreis qualifizierter Mitarbeiter
- Jährliche Pflichtfortbildung zum Reanimationsmanagement
- Überprüfung der Dokumentation
- Erstellung einer Übersichtsliste der Standorte der Notfallkoffer
- Sicherstellung der Aufsichtspflicht in der ZNA, wenn das Notfallteam ausrückt

Zu 6 Ablaufschema und Checklisten zur Dokumentation:

- Erstellen einer Verfahrensanweisung (4 Augen Prinzip) zur Sicherstellung welcher Arzt die Röntgenbilder vidiert hat (GRB) = Ist - Analyse
- Checkliste zur Kontrolle der Gipsverbände durch einen Arzt
- Erarbeiten von Merkblättern über Verhaltensregeln bei Teilgipsen , zur Abgabe an Patienten in ZNA
- Einbindung der Befunde und Maßnahmen in die Pflegedokumentation
- Regelung der schriftlichen Fixierung der ärztlichen Anordnungen
- Bei Medikamentenverordnung Dokumentation des Zeitpunktes
- Erstellung eines universell nutzbaren Aufklärungsbogen → Nutzung von Perimedbögen
- Checkliste zur Dokumentation der Aushändigung vorhandener Merkblätter
- Erstellung einer verbindlichen Regelung zur Einbestellung der Patienten zwischen KBZ und ZNA

Zu 7 Minimierung von Wartezeiten:

- Ärztliche Zuständigkeiten und Präsenz in der Inneren Medizin neu organisieren (Zuständigkeit eines Arztes für Station und ZNA)
- Ursachenermittlung und Reorganisation der Wartezeiten (Wartezeiten von bis zu einer Stunde in der prästationären Ambulanz) - Abteilungsgetrent
- Neu-Koordination der ärztliche Zuständigkeiten in den prästationären Ambulanzen / Sprechstunden, Bspl.: Information an die chirurgischen Sprechstunden (das Hinzuziehen von Ärzten ist mit erheblichen Telefonaten verbunden)
- Koordination der Abläufe, da Wartebereiche nicht fachspezifisch getrennt sind in ZNA
- Sicherung des Datenschutzes und der Intimsphäre der Patienten getrennt nach ZNA, Abteilungen / Sprechstunden

Projektergebnisse:

Es wurden Verfahrensanweisungen zur Versorgung des

- hausinternen Notfalles für alle Betriebsstellen
- von außen hereinkommenden Notfallpatienten

- polytraumatisierten Patienten und
 - „Massenanfall“ von Schwerverletzten
 - akuten Einsatzes außerhalb der ZNA CR auf dem Betriebsgelände
- ausgearbeitet sowie Empfehlungen zur personellen und materiellen Ausstattung erstellt. Weiterhin wurde ein Notfall- und Evakuierungsplan für das EvK Castrop-Rauxel erarbeitet. Auf allen Stationen wurden die vorhandenen Notfallkoffer bzw. sog. Oxatoren mit Checklisten bestückt. Lagerungsbretter für die Erstmaßnahmen wurden übergreifend ergänzt. Die Notfallausrüstung in der Sporthalle Herne und in der Schwimmhalle Castrop-Rauxel wurde dem Hausstandard angepasst.
- Für Notfallmeldungen wurde eine schematisierte Auskunftliste erarbeitet, welche in identischer Form von den Leitstellen der Feuerwehren in Herne und Castrop-Rauxel und den ZNA verwendet wird. Darüber hinaus wurde ein Notfallhandy, worüber die Leitstelle des Rettungsdienstes unmittelbar Kontakt mit den Mitarbeitenden der ZNA aufnehmen kann, installiert.
- Für den hausinternen Notfall und den Notfall auf dem Krankenhausgelände wurden Ablaufpläne erarbeitet, die an den entsprechenden Stellen (ZNA, Pforte, Stationen und Funktionsabteilungen) hinterlegt sind. Standardisierte Notfallprotokolle, die im Anschluss an die Bewältigung eines Notfalles auszufüllen sind, wurden eingeführt.
- Im EvK Herne wurde die Zusammensetzung des Reanimationsteams dahingehend ergänzt, dass neben dem Anästhesisten gleichzeitig die Anästhesiepflegekraft mit eingebunden wird. Checklisten für die Verantwortlichkeiten im medizinischen Notfallmanagement wurden erstellt. Ein Konzept zur Ersteinschätzung und Triage der Patienten in der Wartezone der ZNA nach standardisiertem Score mit entsprechender Dokumentation wurde erarbeitet.

Einzuleitende Maßnahmen:

Einarbeitung der Vorgehensweise bei einem Massenanfall von Verletzten in die Katastrophenpläne für Herne und Castrop-Rauxel.

Regelmäßige verbindliche Reanimationsfortbildungen in allen Betriebsstellen auf einem gleichermaßen hohen Niveau, idealerweise mit einem theoretischen und einem praktischen Teil. Integration der Reanimation von Kindern in diese Fortbildung. Dabei sollte die Fortbildung des nichtmedizinischen Personals wie Handwerker, Schreibkräfte, Pfortenpersonal, Versorgungsassistenten, Service-Damen Besuchsdienst, Sozialdienst und Seelsorge sich auf Basismaßnahmen (lebensrettende Sofortmaßnahmen) beschränken.

Anschaffung von Handys und Funkgeräten mit Gegenseitigkeit.

Die Anschaffung eines Notfallservers mit automatischer Ruflistenfunktion, um sicher zu stellen, dass alle erforderlichen Personen automatisch alarmiert werden. Die Mitarbeitenden der Information müssen nun nur noch einen Knopf drücken und die zu informierenden Personen werden automatisch kontaktiert.

Umsetzung der Verfahrensanweisungen und Notfallalgorithmen sowie deren Veröffentlichung im QM-Handbuch.

Ergebnisüberprüfung

Im Rahmen der Auditjahresplanung ist eine interne Überprüfung durch die Abteilung QM im ersten Quartal 2009 durchzuführen. Überprüfung der Teilnahme an Reanimationsfortbildung durch die IBF-Beauftragte.

Projekte zu weiteren Themen im Berichtszeitraum:

1. **Risikomanagement** – Weiterentwicklung des Critical Incident Report Systems
2. **Mitarbeiterzufriedenheit**
 - Stellenprofile wurden überarbeitet und in neuer Form mit veränderter Präambel und Prüfung der Dienstvorgesetzten erstellt.
 - Organigramme für Dienst- und Fachvorgesetzte wurden angepasst sowie ein Organigramm für das Beauftragtenwesen erstellt.
 - Gruppen- und Supervisionscoaching für Stellvertretende Leitungen mit Aufstockung der

Wochenarbeitsstunden der internen Supervisorin.

- Verbindliche Pausenregelungen in den Funktionsbereichen OP.
- Projekt Arbeitssicherheit
- Zielvereinbarungsgespräche für die mittlere Führungsebene nach zielorientierter Kompetenzschulung für Führungskräfte.

Abgeleitet vom zentralen Leitbild wurden Führungsgrundsätze, unter Bezugnahme des christlichen Menschen- und Weltbildes, eines situativ angemessenen Führungsstiles, der Unternehmensziele, der Informationsweitergabe und Transparenz sowie einer offenen, konstruktiven Gesprächsführung bei Konflikten und Mitarbeitergesprächen, formuliert.

3. Patientensicherheit

- Dekubitus,
- Sturzprophylaxe
- Hilfsmittelversorgung
- Medikamentengabe
- Fixierung
- Vermeidung von Eingriffsverwechslung

Ziel war die Erhöhung der Patientensicherheit durch Minimierung des Risikos der Eingriffsverwechslung durch die Einführung eines Team-Time-Out vor jeder Operation, entsprechend den Empfehlungen Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Eingriffsverwechslungen sind vermeidbar und stellen damit ein beherrschbares Risiko dar. Für Betroffene können sie einen großen individuellen Schaden bedeuten. Deshalb wurden, auch wenn Eingriffsverwechslungen im medizinischen Alltag selten sind, Strategien entwickelt, die wenigen Fälle erfolgreich zu verhindern.

Das im April 2005 gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. hat dieses Thema für Deutschland aufgegriffen und eine Handlungsempfehlung in vier Kontrollstufen, in denen Informationen über den Patienten und den geplanten Eingriff aktiv abgefragt werden, erstellt.

So lange der Patient eigenständig handlungsfähig ist und sich dem medizinischen Personal eindeutig mitteilen kann, ist er in diesen Prozess einzubeziehen. Die Wiederholung von Fragen und Antworten ist beabsichtigt und soll Verwechslungen in den verschiedenen Stationen des Behandlungsablaufs verhindern. Sollte während einer dieser vier Stufen eine Verwechslung erkannt werden, ist es Aufgabe des Arztes und Pflegepersonals, eine umgehende Korrektur vorzunehmen, die zugleich eine Benachrichtigung der nachfolgenden Stufen umfasst. Der Abgleich erfolgt anhand von Patientenakten und weiteren Aufzeichnungen und, solange der Patient ansprechbar und fähig ist, zu antworten, in Absprache mit ihm. In Notfallsituationen kann es notwendig sein, den vierstufigen Befragungs- und Kontrollprozess abzukürzen und auf die unmittelbare Operationssituation zu beschränken.

Die Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. wurden wie oben beschrieben in die Prozessabläufe integriert und in den klinischen Pfaden für das EvK Castrop-Rauxel und das EvK Herne konkretisiert und die Risikokontrollpunkte farblich kenntlich gemacht.

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen			
1	2	3	4
Identifikation Patient	Markierung Eingriffsort	Zuweisung zum richtigen OP-Saal	Team-Time-Out vor Schnitt
Wer? – Operateur, aufführende/r Arzt, voll informierter Arzt Wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme Was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Richtiger Patient – Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen ■ Eingriffsort – im Gespräch mit dem Patienten bestätigen ■ Eingriffsort – aktiv fragen und zeigen lassen – Angehörige fragen ■ Abgleich mit Akten und Bildern 	Wer? – Operateur, aufführende/r Arzt, voll informierter Arzt Wann? – außerhalb des OPs – bei wachem Patienten Was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Abgleich mit Akten – richtiger Patient – Eingriffsort – Eingriffsort ■ Patienten aktiv fragen – Eingriffsort zeigen lassen – Angehörige fragen ■ Markierung – nur Eingriffsort – eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen) – nicht abwischbar – mehrere Eingriffsorte: alle markieren 	Wer? – definierte, verantwortliche Person Wann? – unmittelbar vor Anästhesie-einleitung und vor Eintritt in den Saal Was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Patientidentität – Namen und Geburtsdatum prüfen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Markierung prüfen – mit Aktenabgleich – wenn möglich aktive Befragung des Patienten ■ Saalcheck – Zuweisung zum OP-Saal überprüfen 	Wer? – OP-Team – initiiert durch definierte, verantwortliche Person Wann? – unmittelbar vor Schnitt Was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung ■ Mittels Minicheckliste – richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum) – Eingriffsort – Aufnahmen bildgebender Verfahren – Richtige Implantate verfügbar ■ Alle Punkte durch OK bestätigen ■ Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren
⚠️ –Jede Unstimmigkeit sofort klären	⚠️ –Jede Unstimmigkeit sofort klären	STOP Ohne Markierung keine Anästhesie	STOP Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt

Weiterhin wurde die Checkliste Patiententransfer zum OP angepasst und durch die Dokumentation des Team-Time-Out mittels Minicheckliste erweitert.

4. Hygienemanagement

- Neustrukturierung des Hygienemanagements
- Erfassung Nosokomialer Infektionen - elektronisch krankenhausesübergreifend
- Erarbeitung übergreifender Antibiotikastandards
- Aktion Saubere Hände
- Hygieneeinarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende

5. Leistungsstellenmanagement, systematisches Konsiliarwesen für alle Kliniken

6. Datenschutz

Das Datenschutzkonzept wurde überarbeitet und neu gestaltet.

7. Archivierung

Als Projektgruppenergebnisse wurden zwei Verfahrensanweisungen zur Archivierung, Lagerung und Zugriff von Krankengeschichten sowie der Aufbewahrungspflicht und -notwendigkeiten von Dokumenten erarbeitet. Weiterhin wurden im ersten Quartal 2008 alle extern gelagerten Patientenakten in neuen Archivräumen zusammengefasst.

8. Übergreifende Einführung eines Facility Managements

9. Arbeitsschutz

Im Jahre 2007 wurde der Entschluss gefasst, ein Großprojekt für die Dauer von zwei Jahren zur Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems (AMS) und Vorbereitung zur Zertifizierung nach den fachlichen Anforderungen von qu.int.as der Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege – BGW in den Einrichtungen EvK Herne, mit den Betriebstellen Herne und Eickel, sowie EvK Castrop-Rauxel mit dem Ziel der Erfüllung von Anforderungen der Initiative qu.int.as für ein Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz durchzuführen.

Für die berufsgenossenschaftlichen Anforderungen wurden in unterschiedlichen Workshops 13 Gesundheits- und Arbeitsschutzverfahren prozessorientiert erarbeitet und im QM-Handbuch veröffentlicht:

1. Gefährdungsermittlung und –beurteilung
2. Ermittlung und Umsetzung gesetzlicher, berufsgenossenschaftlicher und behördlicher Anforderungen

3. Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorge
4. Erstprüfung und wiederkehrende Prüfung
5. Notfallmanagement
6. Umgang mit Gefahrstoffen
7. Beschaffung und Kommunikation mit Lieferanten im Arbeitsschutz
8. Fehlermanagement im Arbeitsschutz
9. Korrekturmaßnahmen im Arbeitsschutz
10. Vorbeugungsmaßnahmen im Arbeitsschutz
11. Management von Dokumenten im Arbeitsschutz
12. Management von Aufzeichnungen im Arbeitsschutz
13. Internes Audit zum Arbeitsschutz

Durch das erarbeitete Arbeitsschutzmanagementsystem mit Standardisierung der Arbeitsabläufe konnten die Qualitätsziele Rechtssicherheit bei den gesetzlichen Anforderungen und sichere Arbeitsplätze erreicht werden.

Bei sämtlichen abgeschlossenen Projekten wurde ein Projektbericht veröffentlicht. Aus den Ergebnissen wurden Maßnahmen abgeleitet und diese ggf. in Verfahrensanweisungen konkretisiert.

Beispiele für Verfahrensanweisungen sind:

- Umgang mit unerwünschten Ereignissen (CIRS)
- Hilfsmittelversorgung – Schwerlasthilfen, mitgebrachte eigene Hilfsmittel
- Fixierung – Umgang mit Hilfsmitteln, Rechtsgrundlagen einer Fixierung
- Dekubitalerfassung und elektronische Dokumentation
- Entlassungsmanagement
- Wunsch auf Selbstentlassung
- Stationäre Aufnahme
- Datenschutzkonzept – EDV-Konzept
- Lenkung von Aufzeichnungen

Eine Evaluation der Umsetzung der Projektarbeit erfolgt durch interne Audits des Qualitätsmanagements und für den Bereich Pflege zusätzlich durch Begehungen der Fachberatung Pflege.

Zur Messung des Projekterfolgs wurden Kennzahlen definiert, zum Beispiel:

- Meldequote im Meinungs- und Beschwerdemanagement
- Kennzahl zum OP-Beginn
- Dekubitus-Kennziffern

Geplante Maßnahmen für 2009:

Erarbeitung von Klinischen Pfaden nach Vorgabe der Zielvereinbarungen mit den Klinikleitungen. Definition von quantitativen und qualitativen Pfadkennzahlen inklusive Überprüfungsinstrumentarium.

Durchführung interner Audits nach Jahresauditplan und Vorgabe der Zielvereinbarungsgespräche in sämtlichen Kliniken, Abteilungen und zentralen Bereichen.

Gezielte QM-Fortbildung der Mitarbeitenden wie:

- Schulungen im Beschwerde-/Meinungsmanagement
- Schulungen im Risikomanagement
- Schulungen zur Qualitätssicherung
- Kodierschulungen

Schulungen der Qualitätsverantwortlichen in der Ev. Krankenhausgemeinschaft zu:

- internen Überprüfungsinstrumenten
- KTQ-Inhalten
- kooperativem Prozessmanagement
- Erstellung von klinischen Pfaden und Pfadkennzahlen
- Qualitätsmanagementaufgaben in Organzentren

Weitere Projekte zur Zertifizierung von Zentren wie Lungenkrebszentrum, Thoraxzentrum und Darmzentrum sind in der Ev. KHG geplant.

Ziel ist es medizinische Kompetenz zu so genannten „Medizinischen Zentren“ zusammen zu fassen und dabei verschiedene fachliche Schwerpunktbereiche der Kliniken zu vereinigen, um eine noch schnellere, kompetente, moderne und reibungslose Medizin garantieren zu können. So ist es den Krankenhäusern der Ev. KHG dann möglich, trotz immer geringerer stationärer Verweildauer, eine umfassende und hochqualitative Behandlung unserer Patienten zu gewährleisten.

Für die Vorbereitung der Zertifizierung von Organzentren (z.B. Darmzentrum, Lungenzentrum) ist die Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden als Leistungs- und Prozessbeschreibung eine unbedingte Voraussetzung.

Aufgrund der mannigfaltigen „Überschneidungen“ vieler Krankheitsbilder ist geplant, unterschiedliche Ausprägungen von Zentren zu institutionalisieren. So existieren bereits organsystembezogene Zentren wie das Koloproktologische Zentrum und das patientengruppenbezogene Zentrum für Altersmedizin.

Um den Wissenstransfer und die Interdisziplinarität nicht an örtlichen Grenzen enden zu lassen arbeitet das Gefäßzentrum bereits standortübergreifend. Der gewinnbringende Effekt für unsere Patienten ist offensichtlich; die organisatorische Zusammenarbeit tangierter Fachabteilungen/Kliniken bündelt Fachkompetenz unterschiedlicher, jedoch eng verflochtener Disziplinen und sichert dadurch eine vollumfängliche Versorgung ohne Informationsverluste.

Die Zentrierung der Fachbereiche wird helfen, Informationslücken zu vermeiden und eine zügige Kommunikation mit den uns zuweisenden Ärztinnen und Ärzten zu sichern. Gemeinsam entwickelte Behandlungspfade gewährleisten eine Versorgung unserer Patienten nach den Anforderungen medizinischer Leitlinien. So können z. B. entbehrliche, die Patienten belastende Doppeluntersuchungen vermieden werden. Die in festen Abständen stattfindenden kollegialen Arbeitssitzungen und Qualitätszirkel aller beteiligten Kliniken und Abteilungen sichern den Wissenstransfer und ermöglichen eine echte interdisziplinäre Behandlung ohne Reibungsverlust und Kommunikationsdefizite.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Rezertifizierung nach KTQ

Um den Kernprozess der Patientenversorgung nach anerkannten Qualitätskriterien in unseren Krankenhäusern zu verbessern, stellten wir uns erstmalig im Jahre 2005 dem Zertifizierungsverfahren der Selbstbewertung nach proCum Cert und KTQ. Nach Auswertung des Fremdbewertungsberichtes und umfassender Stärken- und Schwächenanalyse wurden aus den gewonnenen Erkenntnissen Projektaufträge in unterschiedlichen Arbeitsfeldern formuliert und von der Geschäftsführung erteilt.

Im Jahre 2008 haben wir uns erneut im EvK Castrop-Rauxel und im EvK Herne einer externen Überprüfung nach KTQ-Qualitätskriterien gestellt. Das KTQ-Verfahren setzt hohe Maßstäbe für die zu erbringende Qualität und prüft das Qualitätsmanagementsystem auf Wirksamkeit und Effizienz.

Kriterien wie Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Trägerverantwortung und Krankenhausführung, Qualitätsmanagement, Spiritualität und Verantwortung gegenüber der Gesellschaft wurden dabei in vielen Detailfragen bewertet.

Bei der ersten Zertifizierung 2005 ging es vornehmlich darum, grundsätzlich zu überprüfen, ob gesetzlich vorgegebene Qualitätsrichtlinien in den einzelnen Arbeitsbereichen der Kliniken umgesetzt werden. Für die Rezertifizierung musste eine deutlich höhere Hürde genommen werden. Nicht nur weil der einmal überprüfte Standard gehalten werden musste und Verbesserungen erwartet wurden, sondern sich Qualitätsanforderungen ebenfalls gesteigert hatten. Umso mehr bestätigen die guten Rezertifizierungsergebnisse beiden Krankenhäusern der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft, dass sie alle wichtigen Kriterien der Gesundheitsversorgung erfüllen.

Das EvK Herne erreichte bei der Fremdbewertung 61,5 Prozent und das EvK Castrop-Rauxel 64,3 Prozent, so dass das Gütesiegel der KTQ für weitere drei Jahre überreicht wurde.

Externe Überprüfung - Risikomanagement

Im Jahre 2006 erfolgte erstmalig eine externe Überprüfung unserer Qualität durch die Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH in den Bereichen Zentrale Notaufnahme, OP und Aufwachraum sowie Intensivstation. Die sich hieraus ergebenden Verbesserungspotentiale entsprechend des erarbeiteten Risikoportfolios wurden in Projekt- und Arbeitsgruppen thematisiert, Vorschläge erarbeitet und deren Umsetzung veranlasst. Bei der Evaluation im Berichtsjahr 2008 konnten die Verbesserungsmaßnahmen zur Sicherheit der Patientenversorgung überzeugen, so dass ein Zertifikat zur Implementierung eines Risiko-Management-Systems überreicht wurde.

Zertifizierung medizinischer Zentren

Die zunehmende gemeinsame Arbeit in fachübergreifenden Zentren wie:

- Gefäßzentrum
- Thoraxzentrum
- koloproktologisches Zentrum
- Diabeteszentrum
- Bauchzentrum
- Zentrum für Altersmedizin

dient einer abgestimmten patientenorientierten optimierten Behandlung.

Diabeteszentrum

Das Diabetische Zentrum des EvK Herne erhielt ebenso wie die Diabetische Fußambulanz das Gütesiegel der Deutschen Gesellschaft für Diabetologie. Gleichzeitig mit der Systemzertifizierung nach KTQ erfolgte die Zertifizierung nach dem Qualitätsmanagement-Verfahren (QMKD) des Berufsverbandes Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD) e.V. Mit beiden Zertifikaten wurde bestätigt, dass die medizinisch-diabetologischen Qualitätsstandards und Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) erfüllt werden.

Gefäßzentrum

Das standortübergreifende Gefäßzentrum Herne | Castrop-Rauxel erhielt 2007 von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie das Zertifikat. In diesem Zentrum arbeiten Gefäßchirurgen, Diabetologen, Angiologen, Kardiologen, Radiologen und Nephrologen eng zusammen, um unseren Patienten eine optimale Diagnostik und Therapie anbieten zu können.

Kompetenz- und Referenzzentrum Koloproktologie

Das Kompetenz- und Referenzzentrum der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Ev. Krankenhaus Herne zählt seit dem Jahre 2008 zu den bundesweit 15 Kliniken die das Gütesiegel der Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie tragen. Ausschlaggebend für die Vergabe des Zertifikats war die Erfüllung mehrerer Qualitätsbedingungen wie operative Fallzahlen, strukturierte, interdisziplinäre Diagnostik, Sprechstundenangebote für Patienten sowie die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien. Das Kompetenz- und Referenzzentrum weist besondere Qualitäten in der Erkennung und Behandlung von gut- und bösartigen Erkrankungen des Dick- und Enddarms auf sowie aller Leiden im Bereich des Anus, wie z.B. Hämorrhoiden.

Stroke Unit

Die Klinik für Neurologie stellte sich den Qualitätsbewertungen der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und wurde erfolgreich zertifiziert. Die rasche und effiziente Diagnostik und Therapieeinleitung von Schlaganfallerkrankungen erfolgt in der spezialisierten Behandlungseinheit Stroke Unit. Wesentlich für die Stroke Unit ist die intensive Betreuung der Patienten. Rund um die Uhr werden die Schlaganfallerkrankten an sechs Monitorplätzen beobachtet, um stets sofort reagieren zu können, falls eine Veränderung eintritt. Die Patienten werden interdisziplinär in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin versorgt. Zum Team der Stroke Unit gehören weiterhin speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, Ärzte, Therapeuten und Sozialarbeiter.

Zentrale Einrichtungen

Zentralapotheke

Die Zentralapotheke der Ev. Krankenhaushausgemeinschaft wurde nach Aufbau eines apothekenspezifischen Qualitätsmanagementsystems von der Apothekerkammer Westfalen-Lippe zertifiziert. Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung wurden die Anforderungen insbesondere in den Bereichen

- Herstellung, Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln
- Information und Beratung über Arzneimittel
- Pharmazeutische Dienstleistung

- Umgang mit Medizinprodukten (Hilfsmitteln, Krankenpflegeprodukten und Verbandstoffen) sowie deren Abgabe

nach der DIN EN ISO-Norm erfüllt.

Speisenversorgung – HACCP-Konzept

Die moderne Zentralküche im EvK Herne versorgt alle Patienten der drei Betriebsstellen der Ev. Krankenhausgemeinschaft täglich mit frisch zubereiteten Speisen. Das HACCP-Konzept ist vollständig im gesamten Küchenbereich und für die Speiseversorgung umgesetzt.

Das Konzept beinhaltet Qualitätsindikatoren für:

- Temperaturkontrolle beim Wareneingang
- tägliche Temperaturkontrollen aller Kühlschränke, Tiefkühlgeräte, Kühlhäuser
- kontinuierliche Temperaturmessung der Geschirrspülmaschine (dokumentiert in EDV)
- Dokumentation der Reinigungsarbeiten gemäß Reinigungs- und Desinfektionsplänen
- kontinuierliche Überprüfung der Temperatur bei der Produktion, Aufbewahrung und Verteilung der Speisen
- Kontrolle des Lieferantenfahrzeuges (Temperatur, Sauberkeit etc.)

Die nach geltendem EG-Lebensmittelrecht 2008 neu angeschafften Speisentransportwagen sichern unseren Patienten die Versorgung mit einwandfreien Kalt- und Warm Speisen. Neben den gesetzlichen Qualitätskontrollen erfolgen vierteljährlich Speisenrücklaufanalysen der Küche sowie eine mikrobiologische Lebensmitteluntersuchung. Weiterhin wird ein systematisches Salmonellenscreening für alle Mitarbeitenden jährlich durchgeführt.

Ökoprofit

Umweltschutz ist ein zentrales Thema in den drei Krankenhäusern der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft. Bereits 1992 beginnend mit einer Umweltschutzgruppe, gelang es über viele Einzelmaßnahmen wie z. B. Reduzierung von Gefahrstoffen oder Energiecontrolling ein massives Umweltprogramm im Rahmen des Projektes Ökoprofit zu starten.

Aufgrund einer kritischen Überprüfung des Energieeinsatzes, u.a. auch durch die "Aktionswoche E-Fit / Mach mit", ist es der Ev. Krankenhausgemeinschaft zwischenzeitlich gelungen, unter anderem 840.500 Kilowattstd. Energie und 700 Kubikmeter Wasser einzusparen.

Sehr deutlich schlugen die Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der Müllentsorgung zu Buche. Allein durch eine differenziertere Abfalltrennung, eine Aktion, für die nicht ein einziger Euro investiert werden musste, ist es gelungen, die gesamte Abfallmenge um stolze 25 Tonnen zu verringern.

Neben den Pluspunkten, die alle genannten Maßnahmen für die Umwelt bedeuten, profitiert die Krankenhausgemeinschaft auch ökonomisch, denn Grundprinzip von Ökoprofit ist die sinnvolle Verbindung von Ökologie und Ökonomie. Vor dem Hintergrund der wachsenden jährlichen Einsparungen hat die Krankenhausgemeinschaft inzwischen ein eigenes Umweltmanagement eingerichtet.

Die Auszeichnung "Ökoprofit-Betrieb" wurde 2008 wiederholt durch das Umweltministerium für die Ev. Krankenhausgemeinschaft vergeben. Sie ist das Ergebnis eines großangelegten, vom Land geförderten Projektes zur Entlastung der Umwelt.



www.ktq.de

ZERTIFIKAT

Die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH

verleiht dem

Evang. KH Castrop-Rauxel
Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

das KTQ-Zertifikat auf der Basis des KTQ-Manuals inkl. KTQ-Katalog in der Version 5.0.

Mit dem Visitationsbericht Nr. 2008-0119 der DQS GmbH, Frankfurt (Main), wurde nachgewiesen, dass das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses in besonderer Weise den Kriterien des KTQ-Verfahrens entspricht.

Gültigkeitsdauer	09.10.2011
Registrier-Nr.	Nr. 2008-0119 K
Datum der Ausstellung	10.10.2008
Zertifiziert seit	31.10.2005

Dr. Günther Joritz

Vorsitzender des Gesellschafterausschusses
der KTQ-GmbH

Gesine Dannenmaier

Dipl.-Pflegewirtin (FH)
Geschäftsführerin der KTQ-GmbH

Marie-Luise Müller

Vorsitzende der Gesellschafterversammlung
der KTQ-GmbH

Das Gefäßzentrum Herne / Castrop-Rauxel wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifiziert:

URKUNDE

Zertifikat erteilt durch die
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE (DGG)
Gesellschaft für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie



ANERKANNTES GEFÄSSZENTRUM:

Gefäßzentrum Herne/Castrop-Rauxel

Evangelisches Krankenhaus Herne
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ruhr-Universität Bochum

Wiescherstr. 24
44623 Herne

Die Zertifizierung erfolgt nach
einem Audit für den Zeitraum:
01.03.2007 bis 28.02.2010



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE

Präsident
DR. MED. H.-J. FLOREK

Sekretär
PROF. DR. MED. H. IMIG