



SRH Krankenhaus Sigmaringen

Strukturierter Qualitätsbericht 2022

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------|--|----|
| | Vorwort | 6 |
| | Einleitung | 7 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 10 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 10 |
| A-1.2 | Leitung des Krankenhauses/Standorts | 10 |
| A-1.3 | Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses | 11 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 11 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 11 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 14 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 14 |
| A-7.1 | Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung | 14 |
| A-7.2 | Aspekte der Barrierefreiheit | 14 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 16 |
| A-8.1 | Forschung und akademische Lehre | 16 |
| A-8.2 | Ausbildung in anderen Heilberufen | 16 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 16 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 17 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 17 |
| A-11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 17 |
| A-11.2 | Pflegepersonal | 17 |
| A-11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | 19 |
| A-11.4 | Spezielles therapeutisches Personal | 19 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 21 |
| A-12.1 | Qualitätsmanagement | 21 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement | 21 |
| A-12.3 | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 26 |
| A-12.4 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 31 |
| A-12.5 | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) | 32 |

| | | |
|----------|---|----|
| A-12.6 | Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 35 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 36 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 37 |
| A-14.1 | Teilnahme an einer Notfallstufe | 38 |
| A-14.4 | Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 38 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 40 |
| B-[1] | Medizinische Klinik | 40 |
| B-[1].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 40 |
| B-[1].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 41 |
| B-[1].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 41 |
| B-[1].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 42 |
| B-[1].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 43 |
| B-[1].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 43 |
| B-[1].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 44 |
| B-[1].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 44 |
| B-[1].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 45 |
| B-[1].11 | Personelle Ausstattung | 45 |
| B-[2] | Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie; Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie | 48 |
| B-[2].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 49 |
| B-[2].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 50 |
| B-[2].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 50 |
| B-[2].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 52 |
| B-[2].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 52 |
| B-[2].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 52 |
| B-[2].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 53 |
| B-[2].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 53 |
| B-[2].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 53 |
| B-[2].11 | Personelle Ausstattung | 54 |
| B-[3] | Klinik für Urologie, Uroonkologie und Kinderurologie | 56 |

| | | |
|----------|---|----|
| B-[3].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 56 |
| B-[3].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 57 |
| B-[3].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 57 |
| B-[3].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 57 |
| B-[3].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 58 |
| B-[3].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 58 |
| B-[3].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 59 |
| B-[3].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 59 |
| B-[3].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 59 |
| B-[3].11 | Personelle Ausstattung | 60 |
| B-[4] | Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe | 62 |
| B-[4].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 62 |
| B-[4].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 63 |
| B-[4].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 63 |
| B-[4].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 64 |
| B-[4].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 64 |
| B-[4].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 64 |
| B-[4].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 65 |
| B-[4].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 65 |
| B-[4].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 66 |
| B-[4].11 | Personelle Ausstattung | 66 |
| B-[5] | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 69 |
| B-[5].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 69 |
| B-[5].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 70 |
| B-[5].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 70 |
| B-[5].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 70 |
| B-[5].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 70 |
| B-[5].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 70 |
| B-[5].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 71 |
| B-[5].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 71 |
| B-[5].11 | Personelle Ausstattung | 72 |
| B-[6] | Klinik für Neurologie | 73 |

| | | |
|----------|---|----|
| B-[6].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 73 |
| B-[6].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 74 |
| B-[6].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 74 |
| B-[6].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 74 |
| B-[6].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 75 |
| B-[6].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 75 |
| B-[6].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 75 |
| B-[6].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 76 |
| B-[6].11 | Personelle Ausstattung | 76 |
| B-[7] | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik | 78 |
| B-[7].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 78 |
| B-[7].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 79 |
| B-[7].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 79 |
| B-[7].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 79 |
| B-[7].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 80 |
| B-[7].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 80 |
| B-[7].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 81 |
| B-[7].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 81 |
| B-[7].11 | Personelle Ausstattung | 81 |
| B-[8] | Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie | 84 |
| B-[8].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 84 |
| B-[8].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 85 |
| B-[8].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 85 |
| B-[8].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 85 |
| B-[8].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 85 |
| B-[8].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 86 |
| B-[8].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 86 |
| B-[8].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 87 |
| B-[8].11 | Personelle Ausstattung | 87 |
| C | Qualitätssicherung | 91 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 91 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 91 |

| | | |
|-------|---|-----|
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung | 94 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 172 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 172 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 172 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge | 184 |
| C-5.1 | Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind | 184 |
| C-5.2 | Angaben zum Prognosejahr | 185 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 185 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 186 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 186 |
| C-8.1 | Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 186 |
| C-8.2 | Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 188 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) | 190 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 199 |

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

leidenschaftlich arbeiten 11.000 Mitarbeitende in unseren gemeinnützigen zehn Akutkliniken, sechs Rehabilitationskliniken und unseren ca. 180 Praxen mit rund 5.000 Betten an den Standorten in Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen-Anhalt für das Wohlergehen und die Gesundheit von ca. 1,2 Millionen Patient:innen.

Dabei stehen Qualität und Patientensicherheit stets im Mittelpunkt unseres Handelns und somit die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse. Diese richten wir fundiert und durchdacht am Bedarf unserer Patient:innen aus.

Mit unserem ganzheitlichen Qualitäts- und klinischen Risikomanagementsystem setzen wir Maßstäbe und stellen die Qualität der medizinischen Versorgung unserer Patient:innen in den Mittelpunkt. Ein wesentlicher Baustein davon sind unsere konzernübergreifenden Richtlinien, die klare verbindliche Standards setzen und einheitliche Handlungsmuster für unsere 16 Standorte schaffen.

Es sind nicht nur Qualitäts- und Patientensicherheitsthemen zentral vorgegeben, sondern eine Reihe von Messinstrumenten, wie Kennzahlen und Patientenbefragungen zur Bewertung der vorhandenen Qualität aller unserer Standorte.

Die Zertifizierung unserer Zentren sowie die regelmäßige Überprüfung durch neutrale Stellen sind für uns nicht nur Verpflichtung, sondern auch Bestätigung unseres Einsatzes um höchste Qualität und Sicherheit. Die Ergebnisse unserer Analysen und Maßnahmen fließen nicht nur in unsere strategischen Entscheidungen ein, sondern auch in die kontinuierliche Verbesserung unserer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

In Ergänzung dazu führen wir in Hochrisikobereichen unserer Akutkliniken Sicherheitsaudits durch. Somit entdecken wir Verbesserungspotenziale frühzeitig und können durch konsequente Umsetzung der Empfehlungen messbar und stetig unseren Sicherheitsindex erhöhen. Diese Audits sind integraler Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems, das darauf abzielt, die Sicherheit für Patient:innen und Mitarbeitende kontinuierlich zu optimieren. Die Erkenntnisse aus den Sicherheitsaudits werden in den Prozess der Zertifizierung und regelmäßigen Überprüfung integriert, um ein umfassendes Bild unserer Leistungsfähigkeit und Sicherheitsstandards zu gewährleisten.

Unser Engagement bei IQM sowie unser Einsatz für Standards und Transparenz in der medizinischen Qualität bekräftigen unseren Anspruch, die Qualität im Gesundheitswesen zu fördern und zu verbessern. Durch die Digitalisierung und Aufbau ein zentrales Wissensmanagements stellen wir sicher, dass unsere Mitarbeitenden stets Zugang zu relevanten Informationen haben und unsere Prozesse kontinuierlich optimiert werden.

Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Überblick über unser Leistungsspektrum und unsere Behandlungsangebote geben und Sie von der hochwertigen Patientenversorgung unserer SRH Gesundheit überzeugen.

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit GmbH

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.März 2020 bzw. 21.April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Stefan Dudda |
| Telefon | 07571 100 3740 |
| E-Mail | Stefan.Dudda@srh.de |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführung |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Jan-Ove Faust |
| Telefon | 07571 100 2201 |
| Fax | 07571 100 2024 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung.kls@srh.de |

Links

| | |
|--|---|
| Link zur Internetseite des Krankenhauses | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |
|--|---|

Weiterführende Links

| # | URL | Beschreibung |
|---|---|-------------------|
| 1 | http://www.srh-kliniken.de/ | SRH Kliniken GmbH |

Auf Beschluss der Gesellschafter der SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen im März 2022, mit dem ein neues Medizinkonzept für die stationäre somatische Patientenversorgung im Landkreis festgelegt wurde, wird die stationäre Patientenbehandlung zum 31. Oktober 2022 im SRH Krankenhaus Pfullendorf eingestellt.

Die Klinik für Gefäß- und Endovaskulärchirurgie wurde bereits am 12. September 2022 in den Betrieb am SRH Krankenhaus Sigmaringen integriert. Die Fachabteilungen Innere Medizin und Anästhesie am Standort Pfullendorf werden ebenfalls in das SRH Krankenhaus Sigmaringen eingebunden.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| | |
|---------------------|---|
| Name | SRH Krankenhaus Sigmaringen |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| Straße | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| IK-Nummer | 260841041 |
| Standort-Nummer | 772740000 |
| Standort-Nummer alt | 1 |
| Telefon-Vorwahl | 07571 |
| Telefon | 1000 |
| E-Mail | info.kls@srh.de |
| Krankenhaus-URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. Werner Klingler |
| Telefon | 07571 100 2331 |
| Fax | 07571 100 2492 |
| E-Mail | Anaesthesie.KLS.SIG@srh.de |

Pflegedienstleitung

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Pflegedirektor |
| Titel, Vorname, Name | Stefan Ries |
| Telefon | 07571 100 2400 |
| Fax | 07571 100 2948 |
| E-Mail | Stefan.Ries@srh.de |

Verwaltungsleitung

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführung |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Jan-Ove Faust |
| Telefon | 07571 100 2201 |
| Fax | 07571 100 2024 |
| E-Mail | geschaeftsfuehrung.kls@srh.de |

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

| # | Institutionskennzeichen |
|---|-------------------------|
| 1 | 260841041 |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------------------|---|
| Name des Trägers | SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH |
| Träger-Art | privat |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| | |
|-----------------|------------------------------|
| Krankenhaus-Art | Akademisches Lehrkrankenhaus |
|-----------------|------------------------------|

Name der Universität

| |
|-------------------------------------|
| Eberhard Karls Universität Tübingen |
|-------------------------------------|

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|---|--|
| 1 | MP02 - Akupunktur |
| 2 | MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare |
| 3 | MP04 - Atemgymnastik/-therapie |
| 4 | MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>z. B. Hebammensprechstunde, Babymassage, PEKiP</i> |
| 5 | MP06 - Basale Stimulation |
| 6 | MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum</i> |

Med.pfleg. Leistungsangebot

- | | |
|----|---|
| 7 | MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie |
| 8 | MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) |
| 9 | MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen |
| 10 | MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <hr/> z. B. bei <i>Diabetes mellitus</i> |
| 11 | MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| 12 | MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |
| 13 | MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| 14 | MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik |
| 15 | MP20 - Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie |
| 16 | MP21 - Kinästhetik |
| 17 | MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |
| 18 | MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie |
| 19 | MP24 - Manuelle Lymphdrainage |
| 20 | MP25 - Massage |
| 21 | MP27 - Musiktherapie |
| 22 | MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie |
| 23 | MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie <hr/> z. B. <i>medizinische Bäder, Stanger-bäder, Vierzellenbäder, Hydro-therapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i> |
| 24 | MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <hr/> z. B. <i>Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i> |
| 25 | MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse |
| 26 | MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <hr/> z. B. <i>psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i> |
| 27 | MP37 - Schmerztherapie/-management |
| 28 | MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <hr/> z. B. <i>Beratung zur Sturzprophylaxe</i> |
| 29 | MP40 - Spezielle Entspannungstherapie <hr/> z. B. <i>Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung</i> |

| # | Med.pfleg. Leistungsangebot |
|----|---|
| 30 | MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i> |
| 31 | MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>z. B. Pflegevisiten, Casemanagement von Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, z.B. Wund-, Stomaexperten, onkologische Fachpflege, pain nurse.</i> |
| 32 | MP43 - Stillberatung |
| 33 | MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie |
| 34 | MP45 - Stomatherapie/-beratung |
| 35 | MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>in Kooperation</i> |
| 36 | MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen |
| 37 | MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik |
| 38 | MP51 - Wundmanagement <i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i> |
| 39 | MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen |
| 40 | MP53 - Aromapflege/-therapie |
| 41 | MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |
| 42 | MP62 - Snoezelen |
| 43 | MP63 - Sozialdienst |
| 44 | MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal etc.), Vor-träge, Informationsveranstaltungen</i> |
| 45 | MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen |
| 46 | MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |
| 47 | MP69 - Eigenblutspende |
| 48 | MP57 - Biofeedback-Therapie |
| 49 | MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung |
| 50 | MP26 - Medizinische Fußpflege |
| 51 | MP36 - Säuglingspflegekurse |
| 52 | MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| # | Leistungsangebot |
|----|--|
| 1 | NM02: Ein-Bett-Zimmer |
| 2 | NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |
| 3 | NM07: Rooming-in |
| 4 | NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) |
| 5 | NM10: Zwei-Bett-Zimmer |
| 6 | NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |
| 7 | NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung |
| 8 | NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen |
| 9 | NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen |
| 10 | NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen |
| 11 | NM68: Abschiedsraum |
| 12 | NM05: Mutter-Kind-Zimmer |
| 13 | NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) |

TV, Internet und Telefonangebot

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Schwerbehindertenvertretung |
| Titel, Vorname, Name | Jutta Passek |
| Telefon | 07571 100 2230 |
| Fax | 07571 100 2965 |
| E-Mail | SIGSbv@srh.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| # | Aspekte der Barrierefreiheit |
|---|--|
| 1 | BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |

| # | Aspekte der Barrierefreiheit |
|----|---|
| 2 | BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung |
| 3 | BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| 4 | BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| 5 | BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen |
| 6 | BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache |
| 7 | BF14 - Arbeit mit Piktogrammen |
| 8 | BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| 9 | BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) |
| 10 | BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische |
| 11 | BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| 12 | BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |
| 13 | BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter |
| 14 | BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe |
| 15 | BF24 - Diätetische Angebote |
| 16 | BF25 - Dolmetscherdienst <hr/> <i>z.B. Türkisch</i> |
| 17 | BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| 18 | BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| 19 | BF38 - Kommunikationshilfen |
| 20 | BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung |
| 21 | BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |
| 22 | BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen |
| 23 | BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige |
| 24 | BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme |
| 25 | BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| # | Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten |
|---|--|
| 1 | FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten |
| 2 | FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen |
| 3 | FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| 4 | FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten |
| 5 | FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien |
| 6 | FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien |
| 7 | FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |
| 8 | FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher |
| 9 | FL09 - Doktorandenbetreuung |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| # | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|----|--|
| 1 | HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| 2 | HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin |
| 3 | HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) |
| 4 | HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) |
| 5 | HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme |
| 6 | HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) |
| 7 | HB16 - Diätassistent und Diätassistentin |
| 8 | HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin |
| 9 | HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA) |
| 10 | HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| 11 | HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. |

A-9 Anzahl der Betten

| | |
|---------------|-----|
| Anzahl Betten | 523 |
|---------------|-----|

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 14146 |
| Teilstationäre Fallzahl | 98 |
| Ambulante Fallzahl | 57800 |
| StäB. Fallzahl | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------|------------------|--------|
| Gesamt | | | | 123,94 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 123,94 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 18,31 | Stationär | 105,63 |

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| Gesamt | | | | 63 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 63 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 14,35 | Stationär | 48,65 |

Belegärztinnen und Belegärzte

| | | | | |
|--------|--|--|--|---|
| Gesamt | | | | 2 |
|--------|--|--|--|---|

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----|------------------|-----|
| Gesamt | | | | 8,4 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 8,4 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 4 | Stationär | 4,4 |

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----|------------------|-----|
| Gesamt | | | | 6,4 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 6,4 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 3,4 | Stationär | 3 |

A-11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 39 |
|---|----|

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

| | | | |
|--------------------------|----------|-------|------------------|
| Gesamt | | 235,8 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 235,8 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 37,14 | Stationär 198,66 |

Ohne Fachabteilungszuordnung

| | | | |
|--------------------------|----------|-------|-------------|
| Gesamt | | 28,18 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 28,18 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 21,18 | Stationär 7 |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | |
|--------------------------|----------|------|----------------|
| Gesamt | | 7,04 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 7,04 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär 7,04 |

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | |
|--------------------------|----------|-----|---------------|
| Gesamt | | 3 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1,2 | Stationär 1,8 |

Ohne Fachabteilungszuordnung

| | | | |
|--------------------------|----------|-----|---------------|
| Gesamt | | 2 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,2 | Stationär 1,8 |

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | |
|--------------------------|----------|-------|-----------------|
| Gesamt | | 79,64 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 79,64 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 48,2 | Stationär 31,44 |

Ohne Fachabteilungszuordnung

| | | | |
|--------------------------|----------|-------|--------------|
| Gesamt | | 39,86 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 39,86 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 20,86 | Stationär 19 |

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 4 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1 | Stationär | 3 |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | | | | |
|--------------------------|----------|-----|-----------|-----|
| Gesamt | | | | 1 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,2 | Stationär | 0,8 |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

| | | | | |
|--------------------------|----------|-----|-----------|-----|
| Gesamt | | | | 1 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,1 | Stationär | 0,9 |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | | | | |
|--------------------------|----------|------|-----------|------|
| Gesamt | | | | 5,35 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,35 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1,35 | Stationär | 4 |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 2 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 2 |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 3 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3 |

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

| | | | | |
|--------|--|--|--|---|
| Gesamt | | | | 1 |
|--------|--|--|--|---|

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1 |

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

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 2 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 2 |

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

| | | | | |
|--------------------------|----------|------|-----------|------|
| Gesamt | | | | 5,61 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,61 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,5 | Stationär | 5,11 |

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

| | | | | |
|--------------------------|----------|------|-----------|------|
| Gesamt | | | | 5,11 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,11 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,61 | Stationär | 4,5 |

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 1 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1 |

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 1 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1 |

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

| | | | | |
|--------------------------|----------|-----|-----------|-----|
| Gesamt | | | | 1 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,5 | Stationär | 0,5 |

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik

| | | | | |
|--------|--|--|--|-------|
| Gesamt | | | | 23,27 |
|--------|--|--|--|-------|

| | | | | |
|--------------------------|----------|-------|-----------|----|
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 23,27 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 13,27 | Stationär | 10 |

SP62 - Gesundheitspädagogin und -pädagoge

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|-----------|---|
| Gesamt | | | | 3 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3 |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Stefan Dudda |
| Telefon | 07571 100 3740 |
| E-Mail | Stefan.Dudda@srh.de |

A-12.1.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

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

Wenn ja

| | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche | GF, alle Abteilungen und Funktionsbereiche themenbezogen |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement in der SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH ist Führungsaufgabe und in Verantwortung der Geschäftsführung, Betriebsleitung und der jeweiligen ärztlichen und pflegerischen Leitungen einer Klinik, Abteilung oder Arbeitsbereiches. Das klinische Risikomanagement ist Teil des bestehenden Qualitätsmanagementsystems, in dieses integriert.

1. Identifizierte Risiken werden bewertet und durch die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen reduziert.

Identifikation von Risiken geschieht innerhalb der kontinuierlichen Risikoaudits in allen Bereichen des Krankenhauses (intern und/oder externe Begehungen und Audits) :

- Interne QM-Audits
- Externe Zertifizierungsaudits, Peer reviews
- Hygienebegehungen
- Arbeitssicherheitsbegehungen / Gefährdungsbeurteilungen
- Begehungen externer Stellen (z.B. Gesundheitsamt, MDK, Unfallkassen etc.)

Die Ergebnisse werden jeweils in einem Bericht dokumentiert. Diese werden in den jeweiligen Entscheidungsgremien (Betriebsleitung, Lenkungsgremium, Hygienekommission etc.) bewertet und entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Diese Maßnahmen werden mit Verantwortlichkeit und Frist protokolliert, sowie deren Umsetzung und Wirksamkeit verfolgt. Bei der Umsetzung werden die betroffenen Mitarbeiter-, innen eingebunden (QM/RM-Arbeitsteams)

2.1. Fortbildung und Schulung der Mitarbeiter, -innen

Klinisches Risikomanagement mit seinem Themenkreis ist Bestandteil des Fort- und Weiterbildungssystems der SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH.

2.2. Fallanalysen und -besprechungen

Werden systematisiert durchgeführt; z.B.:

- Tägliche ärztliche Klinikbesprechungen
- Pflegerische Patientenübergaben
- Tumorboards
- Indikations- und Komplikationsbesprechungen
- Durchführung von M&M – Konferenzen gemäß IQM und BÄK - Standard zentrums- und klinikweit

3. Fehlermeldesystem

In der SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen besteht ein CIRS und Zugang zum online Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschlands www.kh-cirs.de.

4. Patientenorientiertes Beschwerdemanagement

Reduzierung der Kosten für Haftungsfälle, Versicherungen und gerichtliche Auseinandersetzungen
Steigerung der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit

Gezielte Kommunikation zwischen Klinik und Patienten, nebst Angehörigen

Initiierung und Monitoring von Projekten und Massnahmen

Feedback für den Leistungserbringer

Initiierung und Monitoring von Fort- und Weiterbildungen

Durch Formblätter, E-Mail , Telefon.

Regelmäßige Auswertung erfolgt.

5. Darüber hinaus gibt es weitere Instrumente des klinischen Risikomanagements/QM z.B.

Systematische Auswertung von Patientenschadensfällen und Anspruchsfällen

Mikrobiologische, labormedizinische Beratung vor Ort, klinische interdisziplinäre Visite am Bett
Zusatzerfassung im NRZ KISS für Risikopatienten (Intensiv).

Teilnahme an der Aktion „Saubere Hände“ des Bundesgesundheitsministeriums und Hand KISS klinikweit

Durchführung eines zeitnahen, internen Quartalsreporting der Kennzahlensets nach §137 und der GIQI-Routinedaten aus §-21-Daten zentrums- und klinikweit.

Teilnahme am Peer-review Verfahren als IQM- Mitgliedshaus.

Umsetzung der Empfehlungen des Bündnisses für Patientensicherheit im OP-Bereich zur

Patientenidentifikation, Vermeidung von Seitenverwechslungen, Zählkontrollen und / oder z.B. Leitfaden – bestmögliche Arzneimittelanamnese etc.
 Überarbeitung und Standardisierung der Infusions- und Spritzenkennzeichnung gemäß DIVI-Empfehlung in allen Risikobereichen.
 Risikobeurteilung durch QMB/Risikomanager / Erstellung von Gefahrenlisten.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

| | |
|---|--|
| Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person | entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |
|---|--|

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

| | |
|---|--|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht | ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
|---|--|

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 2 | RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| 3 | RM03: Mitarbeiterbefragungen |
| 4 | RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 5 | RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |

Instrumente und Maßnahmen

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|----|---|
| 6 | RM06: Sturzprophylaxe |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 7 | RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 8 | RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 9 | RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 10 | RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen |
| 11 | RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen |
| 12 | RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten |
| 13 | RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 14 | RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 15 | RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 16 | RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |

Instrumente und Maßnahmen

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|--|---|
| 17 | RM18: Entlassungsmanagement |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik |
| | Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tumorkonferenzen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pathologiebesprechungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Palliativbesprechungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Qualitätszirkel |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Andere: Indikationsbesprechungen, Fallbesprechungen Komplexbehandlungen |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

| | |
|--|----|
| Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? | Ja |
|--|----|

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|---|
| 1 | IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor |
| | Letzte Aktualisierung: 01.07.2023 |
| 2 | IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen |
| | Frequenz: bei Bedarf |
| 3 | IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem |
| | Frequenz: bei Bedarf |

Details

| | |
|--|------------|
| Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

| | |
|--|--|
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Kontinuierlicher Verbesserungsprozess: z.B. Präoperative Erfassung von Patientenrisiken in interdisziplinärer Planung und Konsens. |
|--|--|

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

| | |
|---|----|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem | Ja |
|---|----|

Genutzte Systeme

| # | Bezeichnung |
|---|--|
| 1 | EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer) |

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

| | |
|--|----|
| Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet | Ja |
|--|----|

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |
|---------------------------------------|------------|

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygerikerinnen und Krankenhaustygeriker

| | |
|----------------------|---|
| Anzahl (in Personen) | 1 |
| Erläuterungen | in Kooperation mit der Universität Tübingen |

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

| | |
|--|------|
| Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben | Nein |
| Anzahl (in Personen) | 13 |

Hygienefachkräfte (HFK)

| | |
|--|------|
| Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben | Nein |
| Anzahl (in Personen) | 2 |

Hygienebeauftragte in der Pflege

| | |
|--|------|
| Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben | Nein |
| Anzahl (in Personen) | 14 |

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

| | |
|--|--------------|
| Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission | halbjährlich |

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

| | |
|-------------------------------|--|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. Werner Klingler |
| Telefon | 07571 100 2330 |
| Fax | 07571 100 2024 |
| E-Mail | Anaesthesie.KLS.SIG@srh.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

| | |
|---------|----|
| Auswahl | Ja |
|---------|----|

Der Standard thematisiert insbesondere

| # | Option | Auswahl |
|---|---|---------|
| 1 | Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| 2 | Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | Ja |
| 3 | Beachtung der Einwirkzeit | Ja |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

| # | Option | Auswahl |
|---|--------------------|---------|
| 1 | Sterile Handschuhe | Ja |
| 2 | Steriler Kittel | Ja |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

| # | Option | Auswahl |
|---|---------------------|---------|
| 3 | Kopfhaube | Ja |
| 4 | Mund-Nasen-Schutz | Ja |
| 5 | Steriles Abdecktuch | Ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

| | |
|---------|----|
| Auswahl | Ja |
|---------|----|

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

| | |
|---------|----|
| Auswahl | Ja |
|---------|----|

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

| | |
|---------|----|
| Auswahl | Ja |
|---------|----|

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

| | |
|---|----|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor | Ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst | Ja |
| Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert | Ja |

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

| | |
|---------|----|
| Auswahl | Ja |
|---------|----|

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 35

Intensivstationen

| | |
|---|----|
| Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen | Ja |
|---|----|

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

| | |
|--|-----|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) | 129 |
|--|-----|

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

| | |
|---------|----|
| Auswahl | Ja |
|---------|----|

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

| # | Option | Auswahl |
|---|---|---------|
| 1 | Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen. | Ja |
| 2 | Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen | Ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen |

Hygienebezogenes Risikomanagement

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 2 | HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Gold |
| 3 | HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: bei Bedarf |
| 4 | HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: monatlich |
| 5 | HM01: Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/ |

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

- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

| # | Lob- und Beschwerdemanagement | Erfüllt? |
|---|--|----------|
| 1 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | Ja |
| 2 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). | Ja |
| 3 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. | Ja |
| 4 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja |
| 5 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. | Ja |
| 6 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |
| 7 | Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |

Lob- und Beschwerdemanagement

| # | Lob- und Beschwerdemanagement | Erfüllt? |
|----|--|----------|
| 8 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Ja |
| 9 | Patientenbefragungen | Ja |
| 10 | Einweiserbefragungen | Ja |

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

| | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Beschwerdemanagement |
| Titel, Vorname, Name | Daniela Krog |
| Telefon | 07571 100 2100 |
| E-Mail | Beschwerdemanagement.KLS@srh.de |

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name | Hermann Brodmann |
| Telefon | 07571 73 09 30 |
| E-Mail | patientenfuersprecher.kls@srh.de |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

| | |
|------------------|------------------------|
| Art des Gremiums | Arzneimittelkommission |
|------------------|------------------------|

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ltd. Apothekerin |
|-------------------------------|------------------|

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Titel, Vorname, Name | Bettina Dauenhauer-Fuchs |
| Telefon | 07571 100 3851 |
| Fax | 07571 100 2391 |
| E-Mail | Bettina.Dauenhauer-Fuchs@srh.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---|
| Anzahl Apotheker | 3 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 5 |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen |
| 2 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 3 | AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |
| 4 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 5 | AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln |
| 6 | AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenausgabe Letzte Aktualisierung: 02.02.2021 Erläuterungen: |
| 7 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern |

Instrumente und Maßnahmen AMTS

| # | Instrument bzw. Maßnahme |
|----|---|
| 8 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung |
| 9 | AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |
| 10 | AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln |
| 11 | AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder |
| 12 | AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis |
| | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH der Klinik Letzte Aktualisierung: 22.10.2022 |

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: GMP Zubereitung

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

- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

| | |
|---|---------------------|
| Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen? | Ja |
| Erläuterungen | z.B. SOP Diagnostik |

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

| | |
|---------|---|
| Auswahl | Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen |
|---------|---|

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| # | Gerätenummer | 24h verfügbar |
|----|--|---|
| 1 | AA01 - Angiographiegerät/DSA | Ja <hr/> <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i> |
| 2 | AA08 - Computertomograph (CT) | Ja <hr/> <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i> |
| 3 | AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Ja <hr/> <i>Hirnstrommessung</i> |
| 4 | AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren | Ja <hr/> <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> <hr/> <i>z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse</i> |
| 5 | AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung | Ja |
| 6 | AA21 - Lithotripter (ESWL) | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i> |
| 7 | AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT) | Nein <hr/> <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i> |
| 8 | AA23 - Mammographiegerät | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i> |
| 9 | AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten</i> <hr/> <i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion</i> |
| 10 | AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Harnflussmessung</i> |

| # | Gerätenummer | 24h verfügbar |
|----|---|---|
| 11 | AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Ja <hr/> <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i> |
| 12 | AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i> |
| 13 | AA50 - Kapselendoskop | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i> |
| 14 | AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> |
| 15 | AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph | Nein |
| 16 | AA69 - Linksherzkatheterlabor (X) | Ja <hr/> <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i> |
| 17 | AA72 - 3D-Laparoskopie-System | Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>3D-Laparoskopie-System</i> |

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

| | |
|----------------------------------|--|
| Notfallstufe bereits vereinbart? | Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet |
|----------------------------------|--|

Stufen der Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

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

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

| | |
|---|------|
| Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. | Ja |
| Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. | Nein |

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik



PD. Dr. Miriam Stengel

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

| | |
|---|---------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Medizinische Klinik |

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-------------------------|
| 1 | 0100 - Innere Medizin |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin der Medizinischen Klinik |
| Titel, Vorname, Name | PD. Dr. Miriam Stengel |
| Telefon | 07571 100 3292 |
| Fax | 07571 100 2283 |
| E-Mail | Innere.KLS.SIG@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 2 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 3 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 4 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 5 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 6 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 7 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|---|
| 8 | VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 9 | VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 10 | VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 11 | VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 12 | VI20 - Intensivmedizin |
| 13 | VI27 - Spezialsprechstunde |
| 14 | VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 15 | VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 16 | VI35 - Endoskopie |
| 17 | VI37 - Onkologische Tagesklinik |
| 18 | VI38 - Palliativmedizin |
| 19 | VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| 20 | VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| 21 | VC05 - Schrittmachereingriffe |
| 22 | VC71 - Notfallmedizin |
| 23 | VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 24 | VR02 - Native Sonographie |
| 25 | VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie |
| 26 | VR04 - Duplexsonographie |
| 27 | VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel |
| 28 | VG05 - Endoskopische Operationen |
| 29 | VR06 - Endosonographie |
| 30 | VC06 - Defibrillatoreingriffe |
| 31 | VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4144 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | I50 | Herzinsuffizienz | 460 |
| 2 | I48 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern | 280 |
| 3 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 246 |
| 4 | J15 | Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert | 135 |
| 5 | B34 | Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation | 131 |
| 6 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 123 |
| 7 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung | 115 |
| 8 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 94 |
| 9 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 93 |
| 10 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 90 |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 1635 |
| 2 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 816 |
| 3 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 525 |
| 4 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 520 |
| 5 | 8-547 | Andere Immuntherapie | 485 |
| 6 | 8-522 | Hochvoltstrahlentherapie | 475 |
| 7 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 474 |
| 8 | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen | 427 |
| 9 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 417 |
| 10 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 406 |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|----|---|--------------------------|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | |
| 2 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| 4 | AM14 - Ambulanz im Rahmen von DMP | |
| 5 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | |
| 6 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | |
| 7 | AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | |
| 8 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | |
| 9 | AM14 - Ambulanz im Rahmen von DMP | |
| 10 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | |
| 11 | AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|---|--------|
| 1 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 337 |
| 2 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 231 |
| 3 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | 112 |
| 4 | 5-452 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 61 |
| 5 | 5-513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 51 |
| 6 | 1-640 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege | 25 |
| 7 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 15 |
| 8 | 5-378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 10 |
| 9 | 5-431 | Gastrostomie | 9 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--------------------------------------|--------|
| 10 | 3-603 | Arteriographie der thorakalen Gefäße | 8 |

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

| | |
|-------------------------|------|
| Stationäre BG-Zulassung | Nein |
|-------------------------|------|

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|--------------------|------------------|------|
| Gesamt | 27,45 | Fälle je VK/Person | 179,393936 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 27,45 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 4,35 | Stationär | 23,1 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | 12,5 | Fälle je VK/Person | 452,896179 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 12,5 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 3,35 | Stationär | 9,15 |

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|--|
| 1 | AQ23 - Innere Medizin |
| 2 | AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |
| 3 | AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie |
| 4 | AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie |
| 5 | AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie |
| 6 | AQ59 - Transfusionsmedizin |
| 7 | AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie |
| 8 | AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie |

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|---|
| 1 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2 | ZF07 - Diabetologie |
| 3 | ZF15 - Intensivmedizin |
| 4 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – |
| 5 | ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie |
| 6 | ZF28 - Notfallmedizin |
| 7 | ZF30 - Palliativmedizin |
| 8 | ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – |

B-[1].11.2 Pflegepersonal

| | | | | |
|---|----------|-------|--------------------|----------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 39 |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 53,03 | Fälle je VK/Person | 87,00399 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 53,03 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 5,4 | Stationär | 47,63 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 17,92 | Fälle je VK/Person | 536,7876 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 17,92 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 10,2 | Stationär | 7,72 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ02 - Diplom |
| 2 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 3 | PQ07 - Pflege in der Onkologie |
| 4 | PQ12 - Notfallpflege |
| 5 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 6 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 7 PQ18 - Pflege in der Endoskopie
- 8 PQ21 - Casemanagement
- 9 PQ01 - Bachelor

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP03 - Diabetes

z. B. Diabetesberatung
- 4 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 5 ZP05 - Entlassungsmanagement

z. B. Überleitungspflege
- 6 ZP08 - Kinästhetik
- 7 ZP16 - Wundmanagement
- 8 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 9 ZP15 - Stomamanagement
- 10 ZP19 - Sturzmanagement
- 11 ZP20 - Palliative Care

B-[2] Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie; Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie



Dr. Marco Huth



Dr. Matthias Baumann



Dr. med. Dolores deMattia

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

| | |
|---|---|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie; Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie |

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-----------------------------|
| 1 | 1500 - Allgemeine Chirurgie |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Marco Huth |
| Telefon | 07571 100 2958 |
| Fax | 07571 100 2556 |
| E-Mail | Allgemeinchirurgie.KLS.SIG@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Matthias Baumann |
| Telefon | 07571 100 2959 |
| Fax | 07571 100 2987 |
| E-Mail | Unfallchirurgie.KLS.SIG@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |

| | |
|-------------------------------|---|
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Dolores deMattia |
| Telefon | 07571 100 2030 |
| Fax | 07571 100 2859 |
| E-Mail | Dolores.DeMattia@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |

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

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

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

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|---|
| 1 | VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| 2 | VC58 - Spezialsprechstunde |
| 3 | VC21 - Endokrine Chirurgie |
| 4 | VC22 - Magen-Darm-Chirurgie |
| 5 | VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| 6 | VC24 - Tumorchirurgie |
| 7 | VC62 - Portimplantation |
| 8 | VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 9 | VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| 10 | VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| 11 | VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |

Medizinische Leistungsangebote

- 12 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 13 VO19 - Schulterchirurgie
- 14 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 15 VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
- 16 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
- 17 VC66 - Arthroskopische Operationen
- 18 VC71 - Notfallmedizin
- 19 VC61 - Dialyseshuntchirurgie
- 20 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 21 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 22 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 23 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 24 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 25 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 26 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 27 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 28 VC63 - Amputationschirurgie
- 29 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 30 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 31 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 32 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 33 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 34 VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
- 35 VI39 - Physikalische Therapie
- 36 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 37 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 38 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 39 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 3287 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | K40 | Hernia inguinalis | 247 |
| 2 | S72 | Fraktur des Femurs | 246 |
| 3 | K80 | Cholelithiasis | 225 |
| 4 | K35 | Akute Appendizitis | 143 |
| 5 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 139 |
| 6 | S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes | 138 |
| 7 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 135 |
| 8 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 125 |
| 9 | K56 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie | 108 |
| 10 | K57 | Divertikulose des Darmes | 85 |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 761 |
| 2 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 361 |
| 3 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 351 |
| 4 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 334 |
| 5 | 5-794 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 308 |
| 6 | 5-98c | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme | 294 |
| 7 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 277 |
| 8 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 257 |
| 9 | 5-511 | Cholezystektomie | 247 |
| 10 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 232 |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--------------------------|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | |
| 2 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| 4 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | |
| 5 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | |
| 6 | AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 159 |
| 2 | 5-385 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen | 85 |
| 3 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 70 |
| 4 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 44 |
| 5 | 1-502 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision | 38 |
| 6 | 5-490 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion | 30 |
| 7 | 5-812 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 29 |
| 8 | 5-491 | Operative Behandlung von Analfisteln | 28 |
| 9 | 5-492 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals | 27 |
| 10 | 1-653 | Diagnostische Proktoskopie | 26 |

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | | | | |
|---|-----------------|-------|--------------------|------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 40 |
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | | | | |
| Gesamt | | 22,07 | Fälle je VK/Person | 163,776779 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 22,07 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2 | Stationär | 20,07 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 13,8 | Fälle je VK/Person | 278,559326 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 13,8 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2 | Stationär | 11,8 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|---------------------------------------|
| 1 | AQ06 - Allgemeinchirurgie |
| 2 | AQ13 - Viszeralchirurgie |
| 3 | AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie |
| 4 | AQ07 - Gefäßchirurgie |

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|---|
| 1 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – |
| 3 | ZF34 - Proktologie |
| 4 | ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie |
| 5 | ZF28 - Notfallmedizin |
| 6 | ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – |
| 7 | ZF44 - Sportmedizin |

B-[2].11.2 Pflegepersonal

| | | |
|---|--|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | 39 |
|---|--|----|

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

| | | | | |
|--------------------------|----------|-------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 43,09 | Fälle je VK/Person | 79,99513 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 43,09 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2 | Stationär | 41,09 |

| | | | | |
|---|----------|-------|--------------------|------|
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 11,14 | Fälle je VK/Person | 3287 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 11,14 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 10,14 | Stationär | 1 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ07 - Pflege in der Onkologie |
| 3 | PQ12 - Notfallpflege |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ21 - Casemanagement |
| 6 | PQ22 - Intermediate Care Pflege |
| 7 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 8 | PQ13 - Hygienefachkraft |

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

| # | Zusatzqualifikation |
|---|--|
| 1 | ZP01 - Basale Stimulation |
| 2 | ZP05 - Entlassungsmanagement <hr/> z. B. Überleitungspflege |
| 3 | ZP08 - Kinästhetik |
| 4 | ZP15 - Stomamanagement |
| 5 | ZP16 - Wundmanagement |
| 6 | ZP18 - Dekubitusmanagement |
| 7 | ZP19 - Sturzmanagement |

B-[3] Klinik für Urologie, Uroonkologie und Kinderurologie



Dr. Zoltan Varga

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

| | |
|---|--|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Urologie, Uroonkologie und Kinderurologie |

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 2200 - Urologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Klinik für Urologie, Uroonkologie und Kinderurologie |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Zoltan Varga |
| Telefon | 07571 100 2322 |
| Fax | 07571 100 2958 |
| E-Mail | urologie.kls.sig@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VG16 - Urogynäkologie
- 2 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
- 3 VU08 - Kinderurologie
- 4 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 5 VU13 - Tumorchirurgie
- 6 VU17 - Prostatazentrum
- 7 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
- 8 VU14 - Spezialsprechstunde
- 9 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 10 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 11 VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
- 12 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 13 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
- 14 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 15 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- 16 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1939 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | N13 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie | 449 |
| 2 | N20 | Nieren- und Ureterstein | 260 |
| 3 | N40 | Prostatahyperplasie | 199 |
| 4 | C67 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 195 |
| 5 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 111 |
| 6 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 101 |
| 7 | R31 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie | 78 |
| 8 | N43 | Hydrozele und Spermatozele | 49 |
| 9 | N30 | Zystitis | 39 |
| 10 | N32 | Sonstige Krankheiten der Harnblase | 37 |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 8-137 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] | 938 |
| 2 | 3-13d | Urographie | 723 |
| 3 | 8-132 | Manipulationen an der Harnblase | 657 |
| 4 | 5-98k | Art des Zystoskops | 448 |
| 5 | 5-601 | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe | 388 |
| 6 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 347 |
| 7 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 284 |
| 8 | 5-573 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase | 281 |
| 9 | 5-550 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung | 262 |
| 10 | 5-562 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung | 235 |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--------------------------|
| 1 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | |
| 2 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | |
| 3 | AM07 - Privatambulanz | |
| 4 | AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 8-137 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] | 374 |
| 2 | 8-138 | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters | 290 |
| 3 | 5-640 | Operationen am Präputium | 111 |
| 4 | 3-13d | Urographie | 77 |
| 5 | 5-572 | Zystostomie | 39 |
| 6 | 5-98k | Art des Zystoskops | 28 |
| 7 | 5-631 | Exzision im Bereich der Epididymis | 22 |
| 8 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 22 |
| 9 | 5-585 | Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra | 17 |
| 10 | 5-611 | Operation einer Hydrocele testis | 17 |

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | | | | |
|---|----------|-------|--------------------|-----------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 40 |
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | | | | |
| Gesamt | | 10,16 | Fälle je VK/Person | 200,72464 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 10,16 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,5 | Stationär | 9,66 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 5 | Fälle je VK/Person | 430,8889 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,5 | Stationär | 4,5 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|-----------------------|
| 1 | AQ60 - Urologie |

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|---|
| 1 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – |
| 3 | ZF28 - Notfallmedizin |
| 4 | ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie |

B-[3].11.2 Pflegepersonal

| | | | | |
|---|----------|-------|--------------------|------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 39 |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 18,69 | Fälle je VK/Person | 130,309143 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 18,69 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 3,81 | Stationär | 14,88 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----|--------------------|----------|
| Gesamt | | 2,8 | Fälle je VK/Person | 6463,333 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2,8 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2,5 | Stationär | 0,3 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ07 - Pflege in der Onkologie |
| 2 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 4 | PQ21 - Casemanagement |

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

| # | Zusatzqualifikation |
|---|---|
| 1 | ZP01 - Basale Stimulation |
| 2 | ZP05 - Entlassungsmanagement <i>z. B. Überleitungspflege</i> |
| 3 | ZP08 - Kinästhetik |
| 4 | ZP09 - Kontinenzmanagement |
| 5 | ZP15 - Stomamanagement |
| 6 | ZP18 - Dekubitusmanagement |
| 7 | ZP19 - Sturzmanagement |

B-[4] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe



Emilia Maria Wozniak

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

| | |
|---|---|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe |

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|---|
| 1 | 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|--|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Titel, Vorname, Name | Emilia Maria Wozniak |
| Telefon | 07571 100 3361 |
| Fax | 07571 100 2363 |
| E-Mail | gynaekologie.sig@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |

URL

<https://www.kliniken-sigmaringen.de/>

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

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
- 2 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
- 3 VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
- 4 VG06 - Gynäkologische Chirurgie
- 5 VG07 - Inkontinenzchirurgie
- 6 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 7 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
- 8 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 9 VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 10 VG15 - Spezialsprechstunde
- 11 VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
- 12 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 13 VC68 - Mammachirurgie
- 14 VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
- 15 VR04 - Duplexsonographie
- 16 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1831 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | Z38 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort | 625 |
| 2 | O68 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] | 152 |
| 3 | O42 | Vorzeitiger Blasensprung | 119 |
| 4 | C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 112 |
| 5 | O69 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen | 74 |
| 6 | O70 | Dammriss unter der Geburt | 67 |
| 7 | O80 | Spontangeburt eines Einlings | 58 |
| 8 | D25 | Leiomyom des Uterus | 46 |
| 9 | O64 | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus | 41 |
| 10 | O34 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane | 38 |

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|---|--------|
| 1 | 9-262 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen | 669 |
| 2 | 5-758 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] | 267 |
| 3 | 5-749 | Andere Sectio caesarea | 246 |
| 4 | 9-261 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt | 238 |
| 5 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 172 |
| 6 | 3-709 | Szintigraphie des Lymphsystems | 92 |
| 7 | 5-870 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe | 85 |
| 8 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 80 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 9 | 5-401 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße | 69 |
| 10 | 5-738 | Episiotomie und Naht | 66 |

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--------------------------|
| 1 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | |
| 2 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | |
| 3 | AM07 - Privatambulanz | |
| 4 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| 5 | AM14 - Ambulanz im Rahmen von DMP | |
| 6 | AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 242 |
| 2 | 1-471 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium | 234 |
| 3 | 5-690 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] | 119 |
| 4 | 5-651 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe | 49 |
| 5 | 5-711 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) | 45 |
| 6 | 5-870 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe | 41 |
| 7 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | 32 |
| 8 | 5-653 | Salpingoovariektomie | 27 |
| 9 | 5-671 | Konisation der Cervix uteri | 19 |
| 10 | 5-661 | Salpingektomie | 16 |

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|----------|-------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 10,62 | Fälle je VK/Person | 192,736847 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 10,62 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1,12 | Stationär | 9,5 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 4 | Fälle je VK/Person | 523,1429 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,5 | Stationär | 3,5 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|--|
| 1 | AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| 2 | AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie |

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|---|
| 1 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – |
| 3 | ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie |
| 4 | ZF02 - Akupunktur |

B-[4].11.2 Pflegepersonal

| | | | | |
|---|----------|------|--------------------|------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 39 |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 9,01 | Fälle je VK/Person | 203,218643 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 9,01 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 9,01 |
| Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 7,04 | Fälle je VK/Person | 260,085236 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 7,04 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 7,04 |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 1 | Fälle je VK/Person | 0 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1 | Stationär | 0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 2,5 | Fälle je VK/Person | 3662 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2,5 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2 | Stationär | 0,5 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ07 - Pflege in der Onkologie |
| 3 | PQ21 - Casemanagement |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 6 | PQ16 - Familienhebamme |

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

| # | Zusatzqualifikation |
|---|--|
| 1 | ZP01 - Basale Stimulation |
| 2 | ZP05 - Entlassungsmanagement <hr/> z. B. Überleitungspflege |
| 3 | ZP23 - Breast Care Nurse |
| 4 | ZP18 - Dekubitusmanagement |
| 5 | ZP19 - Sturzmanagement |
| 6 | ZP08 - Kinästhetik |
| 7 | ZP16 - Wundmanagement <hr/> z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW |
| 8 | ZP28 - Still- und Laktationsberatung <hr/> z. B. Still- und Laktationsberater (IBCLC) |
| 9 | ZP15 - Stomamanagement |

B-[5] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

| | |
|---|-------------------------------|
| Abteilungsart | Belegabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|--------------------------------------|
| 1 | 2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |

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

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Marc Stiegler |
| Telefon | 07571 645560 |
| Fax | 07571 100 2281 |
| E-Mail | hno-stiegler@gmx.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Helmut Stiegler |
| Telefon | 07571 645560 |
| Fax | 07571 100 2281 |
| E-Mail | hno-stiegler@gmx.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de |

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote

- VH23 - Spezialsprechstunde

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

| | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 94 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|---|----------|
| 1 | J35 | Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel | 43 |
| 2 | J34 | Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen | 18 |
| 3 | J32 | Chronische Sinusitis | 18 |
| 4 | J36 | Peritonsillarabszess | 10 |

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|--|--------|
| 1 | 5-281 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie) | 51 |
| 2 | 5-215 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] | 35 |
| 3 | 5-214 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums | 21 |
| 4 | 5-224 | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen | 15 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|--------------------------------|--------|
| 5 | 5-221 | Operationen an der Kieferhöhle | 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|--|--------|
| 1 | 5-285 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) | 50 |
| 2 | 5-200 | Parazentese [Myringotomie] | 31 |
| 3 | 5-282 | Tonsillektomie mit Adenotomie | 25 |
| 4 | 5-215 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] | 19 |
| 5 | 5-281 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie) | 10 |
| 6 | 5-214 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums | 8 |
| 7 | 5-221 | Operationen an der Kieferhöhle | 5 |
| 8 | 5-181 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres | 4 |
| 9 | 5-222 | Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle | 4 |

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

| | | | |
|--------|---|--------------------|----|
| Gesamt | 2 | Fälle je VK/Person | 47 |
|--------|---|--------------------|----|

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

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[5].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 39 |
|---|----|

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

| | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------|------------|------|
| Gesamt | 1,5 | Fälle je VK/Person | 125,333328 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,5 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,75 | Stationär | 0,75 |

B-[6] Klinik für Neurologie



PD Dr. Oliver Neuhaus

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

| | |
|---|-----------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Neurologie |

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 2800 - Neurologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Klinik für Neurologie |
| Titel, Vorname, Name | PD Dr. Oliver Neuhaus |
| Telefon | 07571 100 2483 |
| Fax | 07571 100 2836 |
| E-Mail | neurologie.kls@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de/ |

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

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VN24 - Stroke Unit
- 2 VN20 - Spezialsprechstunde
- 3 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 4 VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
- 5 VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
- 6 VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
- 7 VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
- 8 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 9 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 10 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- 11 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1635 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | I63 | Hirnfarkt | 351 |
| 2 | G40 | Epilepsie | 182 |
| 3 | G45 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome | 160 |
| 4 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 95 |
| 5 | H81 | Störungen der Vestibularfunktion | 92 |
| 6 | G35 | Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] | 44 |
| 7 | R20 | Sensibilitätsstörungen der Haut | 38 |
| 8 | M54 | Rückenschmerzen | 35 |
| 9 | G51 | Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv] | 35 |
| 10 | I61 | Intrazerebrale Blutung | 32 |

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 1237 |
| 2 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 839 |
| 3 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 817 |
| 4 | 1-207 | Elektroenzephalographie [EEG] | 668 |
| 5 | 3-035 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung | 586 |
| 6 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 525 |
| 7 | 8-981 | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | 459 |
| 8 | 3-228 | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel | 432 |
| 9 | 3-220 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 405 |
| 10 | 1-208 | Registrierung evozierter Potentiale | 233 |

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|------------------------------|--------------------------|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | |
| 2 | AM08 - Notfallambulanz (24h) | |

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|----------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 9,58 | Fälle je VK/Person | 174,307037 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 9,58 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,2 | Stationär | 9,38 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 4 | Fälle je VK/Person | 430,263153 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,2 | Stationär | 3,8 |

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

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ42 - Neurologie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
- 2 ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –
- 3 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[6].11.2 Pflegepersonal

| | | | | |
|---|----------|-------|--------------------|----------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 39 |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 21,23 | Fälle je VK/Person | 77,01366 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 21,23 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 21,23 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 2 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 4 | PQ21 - Casemanagement |

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

| # | Zusatzqualifikation |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | ZP01 - Basale Stimulation |
| 2 | ZP02 - Bobath |
| 3 | ZP05 - Entlassungsmanagement |
| <i>z. B. Überleitungspflege</i> | |
| 4 | ZP29 - Stroke Unit Care |
| 5 | ZP18 - Dekubitusmanagement |
| 6 | ZP19 - Sturzmanagement |
| 7 | ZP08 - Kinästhetik |
| 8 | ZP31 - Pflegeexperte Neurologie |

B-[7] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik



Dr. med. MBA Frank-Thomas Bopp

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

| | |
|---|--|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik |

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

- 1 2900 - Allgemeine Psychiatrie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. MBA Frank-Thomas Bopp |
| Telefon | 07571 100 2376 |
| Fax | 07571 100 2482 |
| E-Mail | Psychiatrie.KLS.SIG@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstr. |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |
| URL | https://www.kliniken-sigmaringen.de |

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

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

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

| # | Medizinische Leistungsangebote |
|----|--|
| 1 | VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| 2 | VP14 - Psychoonkologie |
| 3 | VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| 4 | VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| 5 | VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| 6 | VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| 7 | VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| 8 | VP15 - Psychiatrische Tagesklinik |
| 9 | VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| 10 | VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |

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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 966 |
| Teilstationäre Fallzahl | 98 |

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 326 |
| 2 | F33 | Rezidivierende depressive Störung | 168 |
| 3 | F20 | Schizophrenie | 70 |
| 4 | F32 | Depressive Episode | 61 |
| 5 | F05 | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt | 45 |
| 6 | F43 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen | 44 |
| 7 | F45 | Somatoforme Störungen | 37 |
| 8 | F19 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen | 28 |
| 9 | F31 | Bipolare affektive Störung | 26 |
| 10 | F06 | Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit | 21 |

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|--|--------|
| 1 | 9-649 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen | 7510 |
| 2 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 906 |
| 3 | 9-618 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen | 412 |
| 4 | 9-617 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal | 283 |
| 5 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 234 |
| 6 | 9-640 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 178 |
| 7 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 177 |
| 8 | 9-619 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen | 135 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 9 | 9-626 | Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 127 |
| 10 | 9-647 | Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen | 79 |

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|--|--------------------------|
| 1 | AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V | |
| 2 | AM07 - Privatambulanz | |

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

| | |
|-------------------------|------|
| Stationäre BG-Zulassung | Nein |
|-------------------------|------|

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|----------|-------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 13,82 | Fälle je VK/Person | 91,82509 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 13,82 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 3,3 | Stationär | 10,52 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 6,3 | Fälle je VK/Person | 333,103455 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 6,3 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 3,4 | Stationär | 2,9 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|---------------------------------------|
| 1 | AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie |

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|--|
| 1 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – |
| 3 | ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung |
| 4 | ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – |

B-[7].11.2 Pflegepersonal

| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 39 |
|---|----------|-------|--------------------|----------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 33,84 | Fälle je VK/Person | 31,32296 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 33,84 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 3 | Stationär | 30,84 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 3,92 | Fälle je VK/Person | 503,125 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,92 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2 | Stationär | 1,92 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 2 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 3 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 4 | PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |

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

| # | Zusatzqualifikation |
|---|---|
| 1 | ZP24 - Deeskalationstraining <hr/> z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie |
| 2 | ZP01 - Basale Stimulation |

| # | Zusatzqualifikation |
|---|---|
| 3 | ZP05 - Entlassungsmanagement <i>z. B. Überleitungspflege</i> |
| 4 | ZP25 - Gerontopsychiatrie |

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|--------------------|-----|
| Gesamt | | 4 | Fälle je VK/Person | 322 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1 | Stationär | 3 |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | | | | |
|--------------------------|----------|-----|--------------------|--------|
| Gesamt | | 1 | Fälle je VK/Person | 1207,5 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,2 | Stationär | 0,8 |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

| | | | | |
|--------------------------|----------|-----|--------------------|------------|
| Gesamt | | 1 | Fälle je VK/Person | 1073,33337 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,1 | Stationär | 0,9 |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | | | | |
|--------------------------|----------|------|--------------------|-------|
| Gesamt | | 5,35 | Fälle je VK/Person | 241,5 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,35 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1,35 | Stationär | 4 |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | | | | |
|--------------------------|----------|---|--------------------|-----|
| Gesamt | | 2 | Fälle je VK/Person | 483 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 2 |

B-[8] Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie



Prof. Dr. Werner Klingler

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

| | |
|---|--|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie |

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| # | Fachabteilungsschlüssel |
|---|-------------------------|
| 1 | 3600 - Intensivmedizin |

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|--|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. Werner Klingler |
| Telefon | 07571 100 2331 |
| Fax | 07571 100 2492 |
| E-Mail | Anaesthesie.KLS.SIG@srh.de |
| Strasse | Hohenzollernstrasse |
| Hausnummer | 40 |
| PLZ | 72488 |
| Ort | Sigmaringen |

URL

<https://www.kliniken-sigmaringen.de/>

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

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI20 - Intensivmedizin
- 2 VI40 - Schmerztherapie
- 3 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 4 VU18 - Schmerztherapie
- 5 VA17 - Spezialsprechstunde

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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 250 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|---|------------|--|----------|
| 1 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 22 |
| 2 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 17 |
| 3 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 11 |
| 4 | I50 | Herzinsuffizienz | 11 |
| 5 | A41 | Sonstige Sepsis | 10 |
| 6 | I26 | Lungenembolie | 7 |
| 7 | R40 | Somnolenz, Sopor und Koma | 7 |
| 8 | J15 | Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert | 7 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 9 | I49 | Sonstige kardiale Arrhythmien | 6 |
| 10 | J69 | Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen | 6 |

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 760 |
| 2 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 255 |
| 3 | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen | 223 |
| 4 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 178 |
| 5 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 150 |
| 6 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 143 |
| 7 | 8-701 | Einfache endotracheale Intubation | 143 |
| 8 | 8-839 | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße | 122 |
| 9 | 8-854 | Hämodialyse | 119 |
| 10 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 118 |

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--------------------------|
| 1 | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | |
| 2 | AM07 - Privatambulanz | |
| 3 | AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | |
| 4 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|----------|-------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 21,84 | Fälle je VK/Person | 13,15789 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 21,84 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 2,84 | Stationär | 19 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 11 | Fälle je VK/Person | 25 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 11 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1 | Stationär | 10 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|---------------------------------------|
| 1 | AQ01 - Anästhesiologie |
| 2 | AQ23 - Innere Medizin |
| 3 | AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie |

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| # | Zusatz-Weiterbildung |
|---|---|
| 1 | ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2 | ZF15 - Intensivmedizin |
| 3 | ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – |
| 4 | ZF30 - Palliativmedizin |
| 5 | ZF42 - Spezielle Schmerztherapie |

B-[8].11.2 Pflegepersonal

| | | | | |
|---|----------|-------|--------------------|---------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 39 |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 27,23 | Fälle je VK/Person | 9,53107 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 27,23 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 1 | Stationär | 26,23 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | 1,5 | Fälle je VK/Person | 250 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,5 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0,5 | Stationär | 1 |

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

| # | Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss |
|---|--|
| 1 | PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege |
| 2 | PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches |
| 3 | PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | PQ20 - Praxisanleitung |
| 5 | PQ13 - Hygienefachkraft |
| 6 | PQ21 - Casemanagement |

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

| # | Zusatzqualifikation |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1 | ZP01 - Basale Stimulation |
| 2 | ZP02 - Bobath |
| 3 | ZP05 - Entlassungsmanagement |
| <i>z. B. Überleitungspflege</i> | |
| 4 | ZP08 - Kinästhetik |
| 5 | ZP13 - Qualitätsmanagement |
| 6 | ZP14 - Schmerzmanagement |
| 7 | ZP16 - Wundmanagement |

| # | Zusatzqualifikation |
|----|----------------------------|
| 8 | ZP20 - Palliative Care |
| 9 | ZP18 - Dekubitusmanagement |
| 10 | ZP19 - Sturzmanagement |

C Qualitätssicherung

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 30 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 31 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 17 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 17 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 6 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 7 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

10/2 - Karotis-Revaskularisation

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 19 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 47 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

15/1 - Gynäkologische Operationen

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 114 |
|----------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Anzahl Datensätze Standort | 112 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-----------------------|--|
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet. |
|-----------------------|--|

16/1 - Geburtshilfe

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 685 |
|----------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Anzahl Datensätze Standort | 683 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-----------------------|--|
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet. |
|-----------------------|--|

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

| | |
|----------|----|
| Fallzahl | 90 |
|----------|----|

| | |
|--------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|----|
| Anzahl Datensätze Standort | 90 |
|----------------------------|----|

| | |
|-----------------------|--|
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet. |
|-----------------------|--|

18/1 - Mammachirurgie

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 119 |
|----------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Anzahl Datensätze Standort | 119 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-----------------------|--|
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet. |
|-----------------------|--|

DEK - Dekubitusprophylaxe

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 131 |
|----------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Anzahl Datensätze Standort | 125 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-----------------------|--|
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet. |
|-----------------------|--|

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 244 |
|----------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Anzahl Datensätze Standort | 176 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-----------------------|---|
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen |
|-----------------------|---|

berechnet.

HEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

| | |
|----------------------------|---|
| Fallzahl | 240 |
| Dokumentationsrate | 100,42 |
| Anzahl Datensätze Standort | 171 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

HEP_WE - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

| | |
|----------------------------|---|
| Fallzahl | 8 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 7 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

KEP - Knieendoprothesenversorgung

| | |
|----------------------------|---|
| Fallzahl | 143 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 61 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

KEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

| | |
|----------------------------|---|
| Fallzahl | 134 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 52 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

KEP_WE - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

| | |
|----------------------------|---|
| Fallzahl | 9 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 9 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 713 |
|----------|-----|

| | |
|--|---|
| Dokumentationsrate | 100,28 |
| Anzahl Datensätze Standort | 721 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |
| PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie | |
| Fallzahl | 332 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 324 |
| Kommentar Krankenhaus | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 101800 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,87 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,84 - 0,9 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 1,76 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,94 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,11 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum | unverändert |

Letzten Qualitätsbericht

2. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 101802 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 50,73 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 50,37 - 51,1 |
| Rechnerisches Ergebnis | 19,35 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 9,19 - 36,28 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |

3. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 101803 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,11 - 96,39 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,77 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 83,81 - 99,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

4. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 2195

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

Bundesergebnis 0,99

Vertrauensbereich bundesweit 0,87 - 1,12

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0 - 25,91

Fallzahl

Grundgesamtheit 35

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 6,34 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 51191

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

| | |
|---|----------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,9 - 1,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 12,04 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 31 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,28 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 4,38 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

6. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 52139 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,55 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 88,34 - 88,76 |
| Rechnerisches Ergebnis | 93,94 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 80,39 - 98,32 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 31 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 60,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

7. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 52305 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,12 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,03 - 95,2 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,83 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 90,62 - 98,21 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 120 |
| Beobachtete Ereignisse | 115 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

8. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

| | |
|------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54140 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,61 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,56 - 99,65 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 88,65 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 30 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | $\geq 90,00\%$ |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

9. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 52307 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,43 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,34 - 98,53 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 64,57 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | $\geq 95,00\%$ |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

10. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 131801 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,72 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,69 - 0,76 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 1,88 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,67 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,35 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

11. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

| | |
|------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 131802 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,87 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,75 - 1,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 18,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,50 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

12. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

| | |
|-------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 131803 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 50,74 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 50,03 - 51,46 |
| Rechnerisches Ergebnis | 23,53 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 9,56 - 47,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

13. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis-ID | 132002 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |

| | |
|---|----------------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,82 - 1,2 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 28,73 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,13 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,03 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

14. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 50005 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,72 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,5 - 97,92 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 81,57 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 17 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|-------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 51186 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,38 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 28,95 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,11 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,48 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

16. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 52131 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 91,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,53 - 92,16 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,83 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 79,76 - 99,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | $\geq 60,00\%$ |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

17. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 52316 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,02 - 96,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,34 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 84,63 - 98,06 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 50 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | $\geq 90,00\%$ |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum | unverändert |

letzten Qualitätsbericht

18. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 52325 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,76 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 18,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

19. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 141800 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,19 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,12 - 0,3 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 35,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,80 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

20. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 52321 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,72 - 98,9 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 89,85 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 34 |
| Beobachtete Ereignisse | 34 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

21. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 11704 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,9 - 1,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 3,64 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 47 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,98 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,79 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

22. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 11724 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,94 - 1,16 |

| | |
|-------------------------------|----------|
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 7,62 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 47 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,47 |

23. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 161800 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,5 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,34 - 5,2 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,00 % |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

24. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 51437 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,95 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,39 - 98,39 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

25. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 51443 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,34 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,92 - 99,6 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

26. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis-ID | 51445 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | TKez |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,69 - 2,82 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

27. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID **51448**

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,14 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,72 - 6,25 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

28. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID **51859**

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,13 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,78 - 3,53 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 15,46 |

Fallzahl

| | |
|-----------------|----|
| Grundgesamtheit | 21 |
|-----------------|----|

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
|------------------------|---|

29. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 51860 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
|------------------|---|

| | |
|----------------|------|
| Art des Wertes | TKez |
|----------------|------|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|---------|---|
| Einheit | % |
|---------|---|

| | |
|----------------|------|
| Bundesergebnis | 4,61 |
|----------------|------|

| | |
|------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,82 - 5,55 |
|------------------------------|-------------|

| | |
|-------------------------------|---|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
|-------------------------------|---|

30. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 51865 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
|------------------|---|

| | |
|----------------|------|
| Art des Wertes | TKez |
|----------------|------|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|----------------|------|
| Bundesergebnis | 0,94 |
|----------------|------|

| | |
|------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,83 - 1,06 |
|------------------------------|-------------|

| | |
|-------------------------------|---|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
|-------------------------------|---|

31. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 51873 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
|------------------|---|

| | |
|---|----------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,91 - 1,12 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,81 (95. Perzentil) |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

32. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID **52240**

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 5,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,48 - 10,1 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

Ergebnis-ID **603**

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
|------------------|---|

| | |
|---|----------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,08 - 99,38 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 87,13 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 26 |
| Beobachtete Ereignisse | 26 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 604 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,69 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,55 - 99,79 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 84,54 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 21 |
| Beobachtete Ereignisse | 21 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

35. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

| | |
|-------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 605 |
| Leistungsbereich | KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,24 - 1,68 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 13,32 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 25 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

36. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

| | |
|---------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 172000_10211 |
| Leistungsbereich | GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 10211 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 11,16 |

| | |
|------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,9 - 12,55 |
|------------------------------|-------------|

| | |
|-------------------------------|---|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
|-------------------------------|---|

37. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

| | |
|--------------------|---------------------|
| Ergebnis-ID | 172001_10211 |
|--------------------|---------------------|

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
|------------------|---|

| | |
|----------------|------|
| Art des Wertes | EKez |
|----------------|------|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|------------|---|
| Sortierung | 2 |
|------------|---|

| | |
|---------------------------------|-------|
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 10211 |
|---------------------------------|-------|

| | |
|---------|---|
| Einheit | % |
|---------|---|

| | |
|----------------|-------|
| Bundesergebnis | 13,49 |
|----------------|-------|

| | |
|------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 12,39 - 14,67 |
|------------------------------|---------------|

| | |
|-------------------------------|---|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
|-------------------------------|---|

38. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 51906 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
|------------------|---|

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---------------------|------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
|---------------------|------------------|

| | |
|----------------|------|
| Bundesergebnis | 1,05 |
|----------------|------|

| | |
|------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,11 |
|------------------------------|-------------|

| | |
|------------------------|---|
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
|------------------------|---|

| | |
|-------------------------------|----------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 4,03 |
|-------------------------------|----------|

| | |
|----------|--|
| Fallzahl | |
|----------|--|

| | |
|-----------------|----|
| Grundgesamtheit | 77 |
|-----------------|----|

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
|------------------------|---|

| | |
|----------------------|------|
| Erwartete Ereignisse | 0,57 |
|----------------------|------|

| | |
|--|--|
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
|--|--|

| | |
|-----------------|---------|
| Referenzbereich | <= 4,18 |
|-----------------|---------|

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

39. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID 60685

Leistungsbereich GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 0,74

Vertrauensbereich bundesweit 0,66 - 0,83

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0 - 20,39

Fallzahl

Grundgesamtheit 15

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

40. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID 60686

Leistungsbereich GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 19,31 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,56 - 20,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 39,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 42,35 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | verbessert |

41. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 612 |
| Leistungsbereich | GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,74 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 88,41 - 89,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 90,91 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 62,26 - 98,38 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 74,46 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

42. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 1058 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,13 - 0,32 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 31,87 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

43. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 181800 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,82 - 0,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 6,44 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 466 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,59 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,20 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

44. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 181801_181800 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 181800 |
| Bundesergebnis | 0,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,77 - 0,95 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 10,84 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 413 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,35 |

45. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

| | |
|---------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 181802_181800 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 2 |

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 181800 |
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,83 - 1,08 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 14,87 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,24 |

46. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182000_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,94 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,76 - 19,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 25,85 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 20,34 - 32,25 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 205 |
| Beobachtete Ereignisse | 53 |

47. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182001_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 2 |

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 45,9 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 45,59 - 46,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 53,03 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 41,16 - 64,57 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 66 |
| Beobachtete Ereignisse | 35 |

48. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182002_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 3 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,88 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,79 - 3,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | 4,7 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 2,64 - 8,22 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 234 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |

49. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|--------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182003_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 4 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 21,45 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 21,13 - 21,78 |
| Rechnerisches Ergebnis | 21,43 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 10,21 - 39,54 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 28 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |

50. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182004_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 5 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 71,72 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 71,44 - 71,99 |
| Rechnerisches Ergebnis | 70,48 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 61,15 - 78,35 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 105 |
| Beobachtete Ereignisse | 74 |

51. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|--------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182005_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 6 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,64 - 93,36 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 83,18 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |

52. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182006_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 7 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 86,6 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 85,95 - 87,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 51,01 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

53. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

| | |
|---------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182007_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 8 |

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 75,59 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 75,06 - 76,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 66,67 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 30 - 90,32 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

54. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182008_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 9 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,86 - 100 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 56,55 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |

55. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182009_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 10 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 44,42 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 43,91 - 44,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | 50 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 26,8 - 73,2 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |

56. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182010 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,19 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,17 - 0,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

57. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182011 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,83 - 3,06 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

58. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum

Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID **182014**

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 9,2

Vertrauensbereich bundesweit 9,08 - 9,32

Rechnerisches Ergebnis 9,77

Vertrauensbereich Krankenhaus 7,76 - 12,22

Fallzahl

Grundgesamtheit 686

Beobachtete Ereignisse 67

59. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID **318**

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS, QS-Planung

Einheit %

Bundesergebnis 96,85

Vertrauensbereich bundesweit 96,61 - 97,07

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich $\geq 90,00\%$

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID **321**

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,23 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,22 - 0,24 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 0,58 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 655 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

61. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 330 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,8 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,35 - 97,21 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

62. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

| | |
|--|------------------------|
| Ergebnis-ID | 50045 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,97 - 99,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,15 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,08 - 99,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 216 |
| Beobachtete Ereignisse | 212 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

63. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 51397 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,92 - 1,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 2,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 655 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,62 |

64. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 51808_51803 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |

| | |
|---------------------------------|------------------|
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 51803 |
| Bundesergebnis | 1,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,36 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 11,98 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 667 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,19 |

65. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 51823_51803 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Sortierung | 4 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 51803 |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 1,52 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 659 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,51 |

66. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 51831 |
|--------------------|--------------|

| | |
|---|----------------------------------|
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,95 - 1,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 53,3 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,06 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 4,40 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

67. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID 52249

| | |
|--|----------------------------------|
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,98 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,87 - 1,09 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 683 |
| Beobachtete Ereignisse | 216 |
| Erwartete Ereignisse | 221,13 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,26 (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
|---------------------------------------|-----|

| | |
|---|-------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |
|---|-------------|

68. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 54030 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|--|
| Leistungsbereich | HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
|------------------|--|

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|---------|---|
| Einheit | % |
|---------|---|

| | |
|----------------|------|
| Bundesergebnis | 9,83 |
|----------------|------|

| | |
|------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,6 - 10,06 |
|------------------------------|-------------|

| | |
|------------------------|-------|
| Rechnerisches Ergebnis | 12,22 |
|------------------------|-------|

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 6,96 - 20,57 |
|-------------------------------|--------------|

| | |
|----------|--|
| Fallzahl | |
|----------|--|

| | |
|-----------------|----|
| Grundgesamtheit | 90 |
|-----------------|----|

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
|------------------------|----|

| | |
|--|--|
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
|--|--|

| | |
|-----------------|------------|
| Referenzbereich | <= 15,00 % |
|-----------------|------------|

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
|---|----------------------------------|

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
|---------------------------------------|-----|

| | |
|---|-------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |
|---|-------------|

69. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 54033 |
|--------------------|--------------|

| | |
|------------------|--|
| Leistungsbereich | HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
|------------------|--|

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,12 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,71 - 1,7 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 71 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | 13,33 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,22 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

70. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 54042 |
| Leistungsbereich | HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,84 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,41 - 1,65 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 90 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 8,31 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 2,42 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54046 |
| Leistungsbereich | HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,1 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,95 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,37 - 2,32 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 90 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 4,23 |

72. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

| | |
|------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54050 |
| Leistungsbereich | HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,35 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,22 - 97,48 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Rechnerisches Ergebnis | 90,12 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 81,7 - 94,91 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 81 |
| Beobachtete Ereignisse | 73 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

73. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 211800 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,48 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,42 - 99,54 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,8 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,49 - 99,79 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 83 |
| Beobachtete Ereignisse | 82 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 97,82 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

74. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 212000 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 94,52 - 95,52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 83,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 43,65 - 96,99 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 80,95 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

75. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

| | |
|--|-----------------------------|
| Ergebnis-ID | 212001 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 85,86 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 85,4 - 86,3 |
| Rechnerisches Ergebnis | 92,59 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 76,63 - 97,94 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Beobachtete Ereignisse | 25 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 54,43 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

76. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 2163 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,01 - 0,13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 28,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

77. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Ergebnis-ID | 51846 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,21 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,11 - 98,3 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,94 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,38 - 98,95 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 98 |
| Beobachtete Ereignisse | 95 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

78. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 51847 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,79 - 97,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,24 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 84,21 - 98,68 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 42 |
| Beobachtete Ereignisse | 40 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

79. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil

entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 52279 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,86 - 99,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 91,67 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 70,08 - 99,17 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U99 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

80. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Ergebnis-ID | 52330 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,39 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,26 - 99,5 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 90,85 - 100 |
| Fallzahl | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

81. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

| | |
|---|----------------------------------|
| Ergebnis-ID | 60659 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 10,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 10,41 - 10,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 11,9 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 6,6 - 20,54 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 84 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 20,77 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 52009 |
|--------------------|--------------|

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,17 - 1,19 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,83 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,6 - 1,15 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 13193 |
| Beobachtete Ereignisse | 35 |
| Erwartete Ereignisse | 42,25 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,68 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

83. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Leistungsbereich | DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,01 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 0,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 13193 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

84. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 521800 |
| Leistungsbereich | DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,01 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 0,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 13193 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

85. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Leistungsbereich | DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,06 - 0,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,05 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,02 - 0,1 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 13193 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Leistungsbereich | DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,36 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,36 - 0,37 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,22 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,15 - 0,32 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 13193 |
| Beobachtete Ereignisse | 29 |

87. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 10271 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,83 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,8 - 0,86 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,33 - 2,47 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 182 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 3,77 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,27 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

88. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,67 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,6 - 97,74 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,56 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,54 - 99,33 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 82 |
| Beobachtete Ereignisse | 80 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

89. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 91,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,46 - 92,23 |
| Rechnerisches Ergebnis | 83,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 43,65 - 96,99 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 86,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | H99 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

90. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54003 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,27 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,06 - 9,49 |
| Rechnerisches Ergebnis | 7,69 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 3,78 - 15,04 |
| Fallzahl | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Grundgesamtheit | 91 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 15,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

91. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 54004 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,89 - 97,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,58 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,98 - 99,61 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 141 |
| Beobachtete Ereignisse | 139 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

92. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54012 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch |

| | |
|---|----------------------------------|
| | eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,35 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,83 - 2,13 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 155 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | 11,15 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,42 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

93. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,04 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 5,75 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 63 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

94. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 54015 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,56 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,98 - 2,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 91 |
| Beobachtete Ereignisse | 16 |
| Erwartete Ereignisse | 10,28 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,25 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

95. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

| | |
|--------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |

| | |
|---|----------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,53 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,37 - 4,69 |
| Rechnerisches Ergebnis | 8,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 4,52 - 16,4 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 91 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 11,63 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

96. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,27 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,21 - 2,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 4,88 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,91 - 11,88 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 82 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 8,01 % (95. Perzentil) |

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

97. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 50481 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,33 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,02 - 3,66 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 29,91 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 11,32 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

98. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54020 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 98,12 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,05 - 98,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 89,5 - 99,65 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Beobachtete Ereignisse | 49 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

99. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,95 - 92,89 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 70,09 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 86,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

100. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 54028 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 1,13 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,06 - 1,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 10,21 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 58 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,35 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,19 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

101. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54125 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,84 - 4,55 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 29,91 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 14,11 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

102. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54127 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,03 - 0,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 7,13 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

103. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

| | |
|--------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54128 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines |

| künstlichen Kniegelenks | |
|---|----------------------------------|
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,8 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,78 - 99,82 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 92,22 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 55 |
| Beobachtete Ereignisse | 55 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 98,81 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

104. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich

Ergebnis-ID

56000

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 64,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 64,05 - 64,45 |
| Rechnerisches Ergebnis | 59,82 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 53,23 - 66,15 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 219 |
| Beobachtete Ereignisse | 131 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|---------------------------|
| Referenzbereich | >= 40,97 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | verbessert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

105. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID 56001

| | |
|-------------------------------|---|
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 27,91 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 27,71 - 28,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 36,14 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 29,13 - 43,64 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 166 |
| Beobachtete Ereignisse | 60 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------|
| Referenzbereich | <= 41,48 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

Ergebnis-ID 56003

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |

| | |
|---|---------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 76,37 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 75,91 - 76,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 63,89 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 52,42 - 74,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 72 |
| Beobachtete Ereignisse | 46 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 67,57 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 56004 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,71 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,54 - 2,88 |
| Rechnerisches Ergebnis | 7,69 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 3,27 - 15,17 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 78 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,98 % (95. Perzentil) |

| | |
|---|-------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
|---|-------------|

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
|---------------------------------------|-----|

| | |
|---|-------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |
|---|-------------|

108. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 56005 |
|--------------------|--------------|

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

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---------------------|------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
|---------------------|------|

| | |
|----------------|------|
| Bundesergebnis | 0,89 |
|----------------|------|

| | |
|------------------------------|------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,88 - 0,9 |
|------------------------------|------------|

| | |
|------------------------|-----|
| Rechnerisches Ergebnis | 0,8 |
|------------------------|-----|

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,58 - 1,07 |
|-------------------------------|-------------|

| | |
|----------|--|
| Fallzahl | |
|----------|--|

| | |
|-----------------|-----|
| Grundgesamtheit | 456 |
|-----------------|-----|

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 41 |
|------------------------|----|

| | |
|----------------------|-------|
| Erwartete Ereignisse | 51,29 |
|----------------------|-------|

| | |
|--|--|
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
|--|--|

| | |
|-----------------|-------------------------|
| Referenzbereich | <= 1,65 (95. Perzentil) |
|-----------------|-------------------------|

| | |
|---|-------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
|---|-------------|

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
|---------------------------------------|-----|

| | |
|---|-------------|
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |
|---|-------------|

109. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------|--------------|
| Ergebnis-ID | 56007 |
|--------------------|--------------|

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

| | |
|----------------|----|
| Art des Wertes | QI |
|----------------|----|

| | |
|---|-------------------------|
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,9 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 0,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,84 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,61 - 1,12 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 294 |
| Beobachtete Ereignisse | 43 |
| Erwartete Ereignisse | 51,3 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,50 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

110. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID **56008**

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,2 - 0,22 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0 - 0,33 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 758 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 0,15 % (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

| | |
|---|-------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

111. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 56009 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,41 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,35 - 4,47 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,85 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,61 - 4,69 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 456 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,86 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

112. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 56011 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,88 |

| | |
|---|----------------------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,77 - 10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 13,95 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 10,35 - 18,25 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 294 |
| Beobachtete Ereignisse | 41 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 16,84 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

113. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 56014 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 94,29 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 94,05 - 94,52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 91,86 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 84,68 - 96,29 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 86 |
| Beobachtete Ereignisse | 79 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 93,65 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

114. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 56016 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,31 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,23 - 95,39 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,91 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,36 - 97,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 216 |
| Beobachtete Ereignisse | 205 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 93,95 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,98 - 99,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,69 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 98,27 - 99,95 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 324 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 323 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,02 - 99,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,68 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 98,24 - 99,94 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 317 |
| Beobachtete Ereignisse | 316 |

117. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

| | |
|------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,91 - 98,41 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 64,57 - 100 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |

118. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---|--|
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,95 - 93,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 91,14 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 85,68 - 94,65 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 158 |
| Beobachtete Ereignisse | 144 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,79 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,65 - 92,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,71 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,27 - 99,11 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 175 |
| Beobachtete Ereignisse | 171 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

120. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,84 - 96,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,9 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 92,62 - 97,76 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 244 |
| Beobachtete Ereignisse | 234 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

letzten Qualitätsbericht

121. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

| Ergebnis-ID | 2036 |
|-------------------------------|--|
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,69 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,64 - 98,75 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,58 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,4 - 98,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 234 |
| Beobachtete Ereignisse | 226 |

122. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| Ergebnis-ID | 231900 |
|-------------------------------|--|
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 16,84 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 16,67 - 17,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 15,46 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 11,05 - 21,22 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 194 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |

123. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht

berücksichtigt

Ergebnis-ID 232000_2005

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2005

Einheit %

Bundesergebnis 98,89

Vertrauensbereich bundesweit 98,84 - 98,94

Rechnerisches Ergebnis 99,48

Vertrauensbereich Krankenhaus 97,14 - 99,91

Fallzahl

Grundgesamtheit 194

Beobachtete Ereignisse 193

124. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232001_2006

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2006

Einheit %

Bundesergebnis 98,93

Vertrauensbereich bundesweit 98,88 - 98,98

Rechnerisches Ergebnis 99,47

Vertrauensbereich Krankenhaus 97,08 - 99,91

Fallzahl

Grundgesamtheit 190

Beobachtete Ereignisse

189

125. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **232002_2007**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2007

Einheit %

Bundesergebnis 97,92

Vertrauensbereich bundesweit 97,54 - 98,24

Rechnerisches Ergebnis 100

Vertrauensbereich Krankenhaus 51,01 - 100

Fallzahl

Grundgesamtheit 4

Beobachtete Ereignisse 4

126. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID **232003_2009**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2009

Einheit %

Bundesergebnis 92,65

Vertrauensbereich bundesweit 92,52 - 92,78

Rechnerisches Ergebnis 90,64

Vertrauensbereich Krankenhaus 85,34 - 94,16

| | |
|------------------------|-----|
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 171 |
| Beobachtete Ereignisse | 155 |

127. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 2013 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,14 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,97 - 93,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,3 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 90,86 - 98,55 |

| | |
|------------------------|-----|
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 108 |
| Beobachtete Ereignisse | 104 |

128. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 2028 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,4 |

Vertrauensbereich bundesweit 95,28 - 95,51

Rechnerisches Ergebnis 96,69

Vertrauensbereich Krankenhaus 92,48 - 98,58

Fallzahl

Grundgesamtheit 151

Beobachtete Ereignisse 146

129. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232006_2036

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2036

Einheit %

Bundesergebnis 98,66

Vertrauensbereich bundesweit 98,59 - 98,72

Rechnerisches Ergebnis 94,52

Vertrauensbereich Krankenhaus 89,56 - 97,2

Fallzahl

Grundgesamtheit 146

Beobachtete Ereignisse 138

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

Ergebnis-ID 232007_50778

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 50778

Bundesergebnis 0,82

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,81 - 0,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,97 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,68 - 1,35 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 288 |
| Beobachtete Ereignisse | 29 |
| Erwartete Ereignisse | 29,99 |

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

Ergebnis-ID 232008_231900

| | |
|---------------------------------|--|
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 231900 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,28 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,14 - 18,43 |
| Rechnerisches Ergebnis | 17,59 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 13,83 - 22,11 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 324 |
| Beobachtete Ereignisse | 57 |

132. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232009_50722

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

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 50722 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,57 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,49 - 96,66 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,91 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,74 - 99,18 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 191 |
| Beobachtete Ereignisse | 187 |

133. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

| | |
|---------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 2 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 50778 |
| Bundesergebnis | 0,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,65 - 0,67 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,28 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,88 - 1,82 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 124 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |
| Erwartete Ereignisse | 17,92 |

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

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,71 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,64 - 96,77 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,82 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,57 - 98,94 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 321 |
| Beobachtete Ereignisse | 314 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | unverändert |

135. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|--|--|
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,96 - 0,99 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,5 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,23 - 1,05 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 164 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | 12,08 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,91 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |

Qualitative Bewertung im Vergleich zum unverändert
 letzten Qualitätsbericht

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

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

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

| # | Leistungsbereich | Teilnahme |
|---|---|-----------|
| 1 | MRE ([Baden-Württemberg, Hessen]) | Ja |
| 2 | Schlaganfall: Akutbehandlung ([Baden-Württemberg, Hessen]) | Ja |

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

| # | DMP |
|---|------------------------------|
| 1 | Brustkrebs |
| 2 | Diabetes mellitus Typ 1 |
| 3 | Diabetes mellitus Typ 2 |
| 4 | Koronare Herzkrankheit (KHK) |

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die SRH Kliniken sind Mitgliedskrankenhäuser der Initiative für Qualitätsmedizin (IQM).

| 01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten | |
|--|--------------------------------------|
| Leistungsbereich | Erkrankungen des Herzens |
| Ergebnis | Rate: 8,5% (Zähler: 23, Nenner: 272) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |

| | |
|------------------|---|
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 8,2% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 7,5% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

02.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen des Herzens |
| Ergebnis | Rate: 12,1% (Zähler: 58, Nenner: 481) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 8,3% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 8,2% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

03.11Z - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten, (Anteil Todesfälle erwartet bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Herzinfarkt)

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen des Herzens |
| Ergebnis | Rate: 7,4% (Zähler: 18, Nenner: 243) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 6,1% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 5,7% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

03.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|-------------------------------------|
| Leistungsbereich | Erkrankungen des Herzens |
| Ergebnis | Rate: 1,4% (Zähler: 3, Nenner: 213) |

| | |
|------------------|---|
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 1,4% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 1,4% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

09.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke) |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 409) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,55% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,55% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

14.26 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, COVID-19, Alter>19, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Lunge |
| Ergebnis | Rate: 10,6% (Zähler: 16, Nenner: 151) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 10,9% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 10,5% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

15.1 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor, Alter >19), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|------------------------|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Lunge |
|------------------|------------------------|

| | |
|------------------|---|
| Ergebnis | Rate: 16,2% (Zähler: 19, Nenner: 117) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 4,6% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 4,9% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische OPs

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Bauchorgane |
| Ergebnis | Rate: 93,7% (Zähler: 209, Nenner: 223) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 94,6% |
| Vergleichswerte | Ziel: > 94,6% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Bauchorgane |
| Ergebnis | Rate: 0,45% (Zähler: 1, Nenner: 223) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,55% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,55% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

19.1 - Behandlungsfälle mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|------------------------------|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Bauchorgane |
|------------------|------------------------------|

| | |
|------------------|---|
| Ergebnis | Rate: 0,3% (Zaehler: 1, Nenner: 328) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,12% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,12% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

21.311 - Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Bauchorgane |
| Ergebnis | Rate: 5,6% (Zaehler: 1, Nenner: 18) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 3,9% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 3,9% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

21.313 - Rektumresektionen bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Bauchorgane |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 21) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 3,1% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 3,1% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

21.321 - Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle

| | |
|------------------|------------------------------|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Bauchorgane |
|------------------|------------------------------|

| | |
|------------------|---|
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 6) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 1,0% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 1,0% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen A. Carotis, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Gefäßoperationen |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 19) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,98% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,98% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

27.22 - Endovaskuläre Stent-Prothese abdominale Aorta bei Aneurysma (EVAR), nicht rupturiert, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Gefäßoperationen |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 5) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 1,3% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 1,3% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

28.12 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ruheschmerz (Fontaine III), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|------------------|
| Leistungsbereich | Gefäßoperationen |
|------------------|------------------|

| | |
|------------------|---|
| Ergebnis | Rate: 20,0% (Zaehler: 1, Nenner: 5) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 2,3% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 2,3% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

32.1 - Geburten mit Anteil an Todesfällen der Mutter

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Geburtshilfe und Frauenheilkunde |
| Ergebnis | Rate: 0,0000% (Zaehler: 0, Nenner: 685) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,004% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,004% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

32.21 - Vaginale Geburten mit Dammriss 3. und 4. Grades

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Geburtshilfe und Frauenheilkunde |
| Ergebnis | Rate: 1,1% (Zaehler: 5, Nenner: 467) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 1,9% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 1,9% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

34.1 - Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter >14), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|----------------------------------|
| Leistungsbereich | Geburtshilfe und Frauenheilkunde |
|------------------|----------------------------------|

| | |
|------------------|---|
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 77) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,04% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,04% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

34.2 - Anteil vaginale/laparoskopische OPs bei Hysterektomien ohne Plastik (inkl. Umsteiger)

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Geburtshilfe und Frauenheilkunde |
| Ergebnis | Rate: 88,3% (Zaehler: 68, Nenner: 77) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 87,9% |
| Vergleichswerte | Ziel: > 87,9% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 80) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,13% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,13% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil

| Todesfälle | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 52) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,06% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,06% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

44.1 - Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 9) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,27% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,27% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

46.1 - Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe |
| Ergebnis | Rate: 1,3% (Zähler: 1, Nenner: 80) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 4,9% |
| Vergleichswerte | Erwartungswert: 5,5% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 |

0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

46.2 - Pertrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

Ergebnis Rate: 5,1% (Zähler: 4, Nenner: 79)

Messzeitraum 2022

Datenerhebung Routinedaten § 21 KHEntgG

Rechenregeln s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022

Referenzbereiche Bundesreferenzwert: 5,2%

Vergleichswerte Erwartungswert: 4,9%

Quellenangabe <https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778> (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

47.43 - Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, komplexe Rekonstruktion, Versteifung, WK-Ersatz, BS-Eingriffe), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

Ergebnis Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 15)

Messzeitraum 2022

Datenerhebung Routinedaten § 21 KHEntgG

Rechenregeln s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022

Referenzbereiche Bundesreferenzwert: 0,51%

Vergleichswerte Ziel: < 0,51%

Quellenangabe <https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778> (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

50.1 - Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane

Ergebnis Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 17)

Messzeitraum 2022

Datenerhebung Routinedaten § 21 KHEntgG

Rechenregeln s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022

| | |
|------------------|---|
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 1,6% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 1,6% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

50.2 - Partielle Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 17) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,25% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,25% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

51.31 - Zystektomie (Entfernung der Harnblase), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane |
| Ergebnis | Rate: 5,6% (Zähler: 1, Nenner: 18) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 5,0% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 5,0% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

52.1 - Prostata-TUR bei gutartigen Erkrankungen, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|--|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 188) |
| Messzeitraum | 2022 |

| | |
|------------------|---|
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,23% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,23% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

53.2 - Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane |
| Ergebnis | Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 41) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 0,19% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 0,19% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

56.3 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene und COVID-19), Anteil Todesfälle

| | |
|------------------|---|
| Leistungsbereich | Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review) |
| Ergebnis | Rate: 50,5% (Zähler: 51, Nenner: 101) |
| Messzeitraum | 2022 |
| Datenerhebung | Routinedaten § 21 KHEntgG |
| Rechenregeln | s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022 |
| Referenzbereiche | Bundesreferenzwert: 34,1% |
| Vergleichswerte | Ziel: < 34,1% |
| Quellenangabe | https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet) |

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

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Erbrachte Menge

10

Begründung

MM04: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Abs. 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat.

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge

51

Begründung

MM04: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Abs. 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|--|-----|
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Ja |
| Prüfung durch Landesverbände | Ja |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 51 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 73 |
| Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) | |
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Ja |
| Prüfung durch Landesverbände | Ja |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 117 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 119 |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene | |
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Ja |
| Prüfung durch Landesverbände | Ja |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 10 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 9 |

Die Unterschreitung der Mindestmengenvorgabe bei Kniegelenktotalendoprothesen erfolgte im Berichtsjahr aufgrund den Auswirkungen der Covid-Pandemie als regionale Akutversorgungsklinik.

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

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

| # | Vereinbarung |
|---|---|
| 1 | CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma |

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

| | |
|---|----|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen | 51 |
| - Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 10 |
| - Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 10 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|---|---|---|
| 1 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - G/H - Tagschicht | 63,64 % <hr/> <i>Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden.</i> |
| 2 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - G/H - Nachtschicht | 100 % <hr/> <i>Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden.</i> |
| 3 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe A - Tagschicht | 100 % |
| 4 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe A - Nachtschicht | 100 % |
| 5 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe B - Tagschicht | 100 % |
| 6 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe B - Nachtschicht | 100 % |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|--|--|
| 7 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Gruppe J - Tagschicht | 100 % <hr/> <i>Station musste aufgrund hoher Corona-Ausfälle vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund von Corona-Ausfällen musste Station geschlossen werden.; Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |
| 8 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Gruppe J - Nachtschicht | 100 % <hr/> <i>Station musste aufgrund hoher Corona-Ausfälle vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund von Corona-Ausfällen musste Station geschlossen werden.; Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |
| 9 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe L/M - Tagschicht | 100 % |
| 10 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe L/M - Nachtschicht | 100 % |
| 11 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gruppe P - Tagschicht | 100 % |
| 12 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gruppe P - Nachtschicht | 100 % |
| 13 | Neurologische Schlaganfallereinheit - Gruppe S/T - Tagschicht | 33,33 % |
| 14 | Neurologische Schlaganfallereinheit - Gruppe S/T - Nachtschicht | 33,33 % |
| 15 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - N/O - Tagschicht | 100 % <hr/> <i>Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|---|--|
| 16 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - N/O - Nachtschicht | 100 % <hr/> <i>Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|---|--|--|
| 1 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - G/H - Tagschicht | 70,06 % <hr/> <i>Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden.</i> |
| 2 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - G/H - Nachtschicht | 94,31 % <hr/> <i>Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden.</i> |
| 3 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe A - Tagschicht | 99,73 % |
| 4 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe A - Nachtschicht | 78,08 % |
| 5 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe B - Tagschicht | 99,18 % |
| 6 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe B - Nachtschicht | 78,9 % |
| 7 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Gruppe J - Tagschicht | 99,59 % <hr/> <i>Station musste aufgrund hoher Corona-Ausfälle vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund von Corona-Ausfällen musste Station geschlossen werden.; Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|--|---|
| 8 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Gruppe J - Nachtschicht | 79,1 % <hr/> <i>Station musste aufgrund hoher Corona-Ausfälle vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund von Corona-Ausfällen musste Station geschlossen werden.; Aufgrund Personalmangels musste die Station vorübergehend geschlossen werden. Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |
| 9 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe L/M - Tagschicht | 96,16 % |
| 10 | Innere Medizin, Kardiologie - Gruppe L/M - Nachtschicht | 98,08 % |
| 11 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gruppe P - Tagschicht | 98,63 % |
| 12 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gruppe P - Nachtschicht | 90,68 % |
| 13 | Neurologische Schlaganfallereinheit - Gruppe S/T - Tagschicht | 71,23 % |
| 14 | Neurologische Schlaganfallereinheit - Gruppe S/T - Nachtschicht | 53,15 % |
| 15 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - N/O - Tagschicht | 99,1 % <hr/> <i>Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |
| 16 | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - N/O - Nachtschicht | 98,5 % <hr/> <i>Aufgrund Personalknappheit wurde die Station vorübergehend geschlossen</i> |

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatikrichtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Eingereichte Daten je Quartal und Einrichtungstyp

| Quartal | Meldung zur Vollständigkeit | Erwachsenenpsychiatrie | Kinder- und Jugendpsychiatrie | Psychosomatik |
|---------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------|
| Q1 | nicht vollständig | vorhanden | nicht vorhanden | vorhanden |
| Q2 | vollständig | vorhanden | nicht vorhanden | vorhanden |
| Q3 | vollständig | vorhanden | nicht vorhanden | vorhanden |
| Q4 | vollständig | vorhanden | nicht vorhanden | vorhanden |

Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung in der Erwachsenenpsychiatrie

| Quartal | Regionale Pflichtversorgung | Geschlossene Bereiche | 24-Stunden-Präsenzdienst |
|---------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Q1 | besteht | ja | ja |
| Q2 | besteht | ja | ja |
| Q3 | besteht | ja | ja |
| Q4 | besteht | ja | ja |

Regionale Pflichtversorgung in der Psychosomatik

| Quartal | Regionale Pflichtversorgung | Geschlossene Bereiche | 24-Stunden-Präsenzdienst |
|---------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Q1 | besteht | nein | nein |
| Q2 | besteht | nein | nein |
| Q3 | besteht | nein | nein |
| Q4 | besteht | nein | nein |

Stationsdaten

Stationsdaten in der Erwachsenenpsychiatrie

| Quartal | Station | Planbetten | Planplätze | Stationstyp | Schwerpunktbehandlung |
|---------|--------------|------------|------------|---|---|
| Q1 | Gruppe Q / R | 36 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |
| Q1 | Gruppe U | 17 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q1 | Gruppe V | 19 | 0 | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q1 | Tagesklinik | 0 | 12 | E = elektive offene Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q2 | Gruppe Q / R | 36 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |
| Q2 | Gruppe U | 17 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q2 | Gruppe V | 19 | 0 | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q2 | Tagesklinik | 0 | 12 | E = elektive offene Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q3 | Gruppe Q / R | 36 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |
| Q3 | Gruppe U | 17 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q3 | Gruppe V | 19 | 0 | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q3 | Tagesklinik | 0 | 12 | E = elektive offene Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q4 | Gruppe Q / R | 36 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | S = Konzeptstation für Suchterkrankungen |

| Quartal | Station | Planbetten | Planplätze | Stationstyp | Schwerpunktbehandlung |
|---------|-------------|------------|------------|---|---|
| Q4 | Gruppe U | 17 | 0 | C = offene, nicht elektive Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q4 | Gruppe V | 19 | 0 | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |
| Q4 | Tagesklinik | 0 | 12 | E = elektive offene Station | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

Stationsdaten in der Psychosomatik

| Quartal | Station | Planbetten | Planplätze | Stationstyp | Schwerpunktbehandlung |
|---------|----------|------------|------------|-----------------------------|--|
| Q1 | Gruppe K | 16 | 0 | E = elektive offene Station | A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung |
| Q2 | Gruppe K | 16 | 0 | E = elektive offene Station | A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung |
| Q3 | Gruppe K | 16 | 0 | E = elektive offene Station | A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung |
| Q4 | Gruppe K | 16 | 0 | E = elektive offene Station | A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung |

Behandlungsumfang

Behandlungsumfang in der Erwachsenenpsychiatrie

| Quartal | Behandlungsbereich | Behandlungstage |
|---------|---|-----------------|
| Q1 | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung | 1349 |
| Q1 | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung | 588 |
| Q1 | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung | 564 |
| Q1 | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung | 482 |
| Q1 | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung | 195 |
| Q1 | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung | 741 |
| Q1 | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung | 152 |
| Q2 | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung | 2417 |
| Q2 | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung | 730 |
| Q2 | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung | 590 |

| Quartal | Behandlungsbereich | Behandlungstage |
|---------|---|-----------------|
| Q2 | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung | 593 |
| Q2 | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung | 289 |
| Q2 | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung | 708 |
| Q2 | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung | 120 |
| Q3 | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung | 2202 |
| Q3 | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung | 904 |
| Q3 | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung | 714 |
| Q3 | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung | 537 |
| Q3 | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung | 320 |
| Q3 | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung | 702 |
| Q3 | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung | 40 |
| Q4 | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung | 2051 |
| Q4 | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung | 630 |
| Q4 | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung | 661 |
| Q4 | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung | 430 |
| Q4 | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung | 565 |
| Q4 | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung | 523 |
| Q4 | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung | 82 |

Behandlungsumfang in der Psychosomatik

| Quartal | Behandlungsbereich | Behandlungstage |
|---------|---|-----------------|
| Q1 | P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | 0 |
| Q2 | P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | 0 |
| Q3 | P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | 0 |
| Q4 | P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | 0 |

Erfüllung der Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene

| Quartal | Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt / Umsetzungsgrad | |
|---------|--|-------------------------------|
| | Erwachsenenpsychiatrie | Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Q1 | ja / 150,71 % | |
| Q2 | ja / 110,78 % | |
| Q3 | ja / 101,91 % | |
| Q4 | nein / 114,97 % | |

Umsetzungsgrade der Berufsgruppen

Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie

| Quartal | Berufsgruppe | VKS-Ist (gerundet) | Mindestanforderungen eingehalten | VKS- Mind | Umsetzungsgrad |
|---------|--|-----------------------|-------------------------------------|--------------|----------------|
| Q1 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 4746 | ja | 2038 | 232,87 % |
| Q1 | Pflegefachpersonen | 11124 | ja | 9797 | 113,55 % |
| Q1 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 3192 | ja | 620 | 514,84 % |
| Q1 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 1130 | ja | 1185 | 95,36 % |
| Q1 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 725 | ja | 295 | 245,76 % |
| Q1 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 1332 | ja | 828 | 160,87 % |

| Quartal | Berufsgruppe | VKS-Ist (gerundet) | Mindestanforderungen eingehalten | VKS- Mind | Umsetzungsgrad |
|---------|--|-----------------------|-------------------------------------|--------------|----------------|
| Q2 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 4626 | ja | 2721 | 170,01 % |
| Q2 | Pflegefachpersonen | 11295 | nein | 13094 | 86,26 % |
| Q2 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 2620 | ja | 785 | 333,76 % |
| Q2 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 1159 | nein | 1565 | 74,06 % |
| Q2 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 725 | ja | 394 | 184,01 % |
| Q2 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 1327 | ja | 1076 | 123,33 % |
| Q3 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 3861 | ja | 2711 | 142,42 % |
| Q3 | Pflegefachpersonen | 10590 | nein | 13050 | 81,15 % |
| Q3 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 2760 | ja | 794 | 347,61 % |

| Quartal | Berufsgruppe | VKS-Ist (gerundet) | Mindestanforderungen eingehalten | VKS- Mind | Umsetzungsgrad |
|---------|--|-----------------------|-------------------------------------|--------------|----------------|
| Q3 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 1168 | nein | 1623 | 71,97 % |
| Q3 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 725 | ja | 387 | 187,34 % |
| Q3 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 885 | nein | 1049 | 84,37 % |
| Q4 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 4153 | ja | 2450 | 169,51 % |
| Q4 | Pflegefachpersonen | 10595 | nein | 12078 | 87,72 % |
| Q4 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 3477 | ja | 725 | 479,59 % |
| Q4 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 926 | nein | 1464 | 63,25 % |
| Q4 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 383 | ja | 358 | 106,98 % |

| Quartal | Berufsgruppe | VKS-Ist (gerundet) | Mindestanforderungen eingehalten | VKS-Mind | Umsetzungsgrad |
|---------|--|-----------------------|-------------------------------------|----------|----------------|
| Q4 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 1180 | ja | 942 | 125,27 % |

Personalausstattung in der Psychosomatik

| Quartal | Berufsgruppe | Tatsächliche Personalausstattung in Stunden |
|---------|--|---|
| Q1 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 0 |
| Q1 | Pflegefachpersonen | 0 |
| Q1 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 0 |
| Q1 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 0 |
| Q1 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 0 |
| Q1 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 0 |
| Q2 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 0 |
| Q2 | Pflegefachpersonen | 0 |
| Q2 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 0 |
| Q2 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 0 |
| Q2 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 0 |
| Q2 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 0 |

| Quartal | Berufsgruppe | Tatsächliche Personalausstattung in Stunden |
|---------|--|---|
| Q3 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 0 |
| Q3 | Pflegefachpersonen | 0 |
| Q3 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 0 |
| Q3 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 0 |
| Q3 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 0 |
| Q3 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 0 |
| Q4 | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 0 |
| Q4 | Pflegefachpersonen | 0 |
| Q4 | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 0 |
| Q4 | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 0 |
| Q4 | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 0 |
| Q4 | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 0 |

Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände in der Erwachsenenpsychiatrie

| Quartal | Ausnahmetatbestand 1 | Ausnahmetatbestand 2 | Ausnahmetatbestand 3 |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Q1 | nein | nein | nein |
| Q2 | nein | nein | nein |
| Q3 | nein | nein | nein |
| Q4 | nein | nein | nein |

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

| | |
|---------|------|
| Antwort | Nein |
|---------|------|

