



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 Lungenkrankheit	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 Chefarztin/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 Tumorthherapie

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 <i>z. B. Überleitungspflege</i>
3	ZP23 - Breast Care Nurse
4	ZP18 - Dekubitusmanagement
5	ZP19 - Sturzmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP16 - Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
8	ZP28 - Still- und Laktationsberatung <i>z. B. Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>
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
<hr/>	
	<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 krankenhausberechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	17
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	17
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	47
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.

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 krankenhausbefogen berechnet.

HEP_WE - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	143
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	61
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.

KEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	134
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	52
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnet.

KEP_WE - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen 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% (Zaehler: 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% (Zaehler: 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% (Zaehler: 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% (Zähler: 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% (Zähler: 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% (Zähler: 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% (Zähler: 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% (Zähler: 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% (Zähler: 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
---------	------

