



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 am 15.01.2026 um 09:07 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	12
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	14
A-10 Gesamtfallzahlen	14
A-11 Personal des Krankenhauses	15
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	15
A-11.2 Pflegepersonal	15
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	19
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	19
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	22
A-12.1 Qualitätsmanagement	22
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	22
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	24
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	26
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	27
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	30
A-13 Besondere apparative Ausstattung	31
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	33
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	33
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	33
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	33
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	34
B-[1].1 Gastroenterologie & Innere Medizin	34
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	34
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	37
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	37
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	38
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	38
B-[1].11 Personelle Ausstattung	39
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	39
B-11.2 Pflegepersonal	39
B-[2].1 Allgemein- und Viszeralchirurgie	43
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	43
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	44
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	45
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	45

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-[2].11 Personelle Ausstattung	47
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	47
B-11.2 Pflegepersonal	47
B-[3].1 Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie	51
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	51
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	53
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	53
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	54
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	54
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	55
B-[3].11 Personelle Ausstattung	56
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	56
B-11.2 Pflegepersonal	56
B-[4].1 Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie	60
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	60
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	62
B-[4].6 Diagnosen nach ICD.....	62
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	62
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	62
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	63
B-[4].11 Personelle Ausstattung	64
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	64
B-11.2 Pflegepersonal	64
B-[5].1 Orthopädische Chirurgie	68
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	68
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	69
B-[5].6 Diagnosen nach ICD	69
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	70
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	70
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[5].11 Personelle Ausstattung	72
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	72
B-11.2 Pflegepersonal	72
B-[6].1 Urologie und Kinderurologie	76
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	76
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	77
B-[6].6 Diagnosen nach ICD	78
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	78
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	78
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	79
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	79
B-[6].11 Personelle Ausstattung	80
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	80
B-11.2 Pflegepersonal	80
B-[7].1 Gynäkologie und Geburtshilfe	84
B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	85
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	87
B-[7].6 Diagnosen nach ICD	87

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	87
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	87
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	88
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88
B-[7].11 Personelle Ausstattung	89
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	89
B-11.2 Pflegepersonal	89
B-[8].1 Anästhesie, Schmerz- und Operative Intensivmedizin	93
B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	93
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	94
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	94
B-[8].6 Diagnosen nach ICD	94
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	94
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	94
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-[8].11 Personelle Ausstattung	95
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	95
B-11.2 Pflegepersonal	95
B-[9].1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	98
B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	98
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	99
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	100
B-[9].6 Diagnosen nach ICD	100
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	100
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	101
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	101
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	101
B-[9].11 Personelle Ausstattung	102
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	102
B-11.2 Pflegepersonal	102
Teil C - Qualitätssicherung.....	105
C-1 Teilnahme an der datengestützen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	105
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	105
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung	108
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	232
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	232
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	232
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	232
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	232
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	232
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung").....	233
C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	233
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	233
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	234
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):..	235
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	235

Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,

gemeinsam stellen wir, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Borromäus Hospitals Leer, uns täglich neuen Herausforderungen, um unseren Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung und Behandlung zu ermöglichen. Dabei stehen wir für Qualität und ganzheitliche Behandlung in allen Bereichen. Dies wird uns durch jährlich stattfindende Zertifizierungen, z.B. nach DIN EN ISO 9001:2015 durch den TÜV Rheinland, bestätigt. Zusätzlich unterziehen wir uns regelmäßig Zentrumszertifizierungen, wie z.B. für das lokale Traumazentrum oder als EndoProthetikZentrum. Auch baulich entwickeln wir uns ständig weiter. So wurde unser Medizinisches Versorgungszentrum umgebaut und zusammengelegt.

Bettenführende Hauptabteilungen unseres Krankenhauses sind die Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Gynäkologie und Geburtshilfe, die Klinik für Innere Medizin, die Orthopädische Chirurgie, die Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie, die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie sowie die Urologie und Kinderurologie. Zusätzlich führen wir in der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde eine Belegabteilung. Am Haus angegliedert ist ein MVZ mit den Fachbereichen Chirurgie, Orthopädie, Gastroenterologie, Anästhesie und Gynäkologie, welches die Behandlungsmöglichkeiten unseres Hauses wesentlich ergänzt. Jährlich behandeln diese Abteilungen ca. 14.000 Patienten stationär und ca. 38.000 Patienten ambulant.

Dieser Bericht stellt die Qualitäts- und Leistungsdaten unseres Hauses aus dem Jahr 2024 transparent für Sie dar. Die darin gemachten Angaben folgen den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausauschusses (G-BA), die für alle deutschen Krankenhäuser verbindlich festgelegt sind. Sie erfahren beispielsweise alles über unsere Behandlungsschwerpunkte, häufig behandelte Diagnosen und durchgeföhrte Eingriffe der einzelnen Fachabteilungen, ambulante Behandlungsmöglichkeiten sowie besondere Leistungsangebote. Sollten Sie Fragen haben, nutzen Sie die zahlreichen Kontaktangaben dieses Berichtes.

Wir wünschen Ihnen allzeit Gesundheit!

Herzliche Grüße
Ihr Borromäus Hospital Leer

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	B.A. Maria Janssen
Position	Qualitätsmanagement Organisationsentwicklung
Telefon	0491 / 85 - 80608
Fax	0491 / 85 - 80009
E-Mail	maria.janssen@hospital-leer.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dipl.-Kffr. Sarah Sebeke
Position	Krankenhausleitung
Telefon	0491 / 85 - 80000
Fax	0491 / 85 - 80009
E-Mail	geschaeftsleitung@hospital-leer.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.borromäus-hospital-leer.de/
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Borromäus- Hospital Leer gGmbH
Institutionskennzeichen	260340546
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	773204000
Hausanschrift	Kirchstraße 61 - 67 26789 Leer
Postanschrift	Kirchstraße 61-67 26789 Leer
Telefon	0491 / 850
E-Mail	info@hospital-leer.de
Internet	https://www.borromäus-hospital-leer.de/

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Dietrich Keller	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Anästhesie, Schmerz- und operative Intensivmedizin	0491 / 85 - 70000	0491 / 85 - 70009	ambulatorium@hospital-leer.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Nina Blanke-Buretzek	Pflegedienstleitung	0491 / 85 - 84308	0491 / 85 - 84109	nina.blanke-buretzek@hospital-leer.de
Dipl.-Betriebswirt Andreas Dörkßen	Pflegedirektor, Prokurist	0491 / 85 - 84100	0491 / 85 - 84109	andreas.doerkssen@hospital-leer.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Kffr. Sarah Sebeke	Geschäftsführung	0491 / 85 - 80000	0491 / 85 - 80009	geschaeftsleitung@hospital-leer.de
Dipl.-Kfm. Ansgar Veer	Geschäftsführung	0491 / 85 - 80000	0491 / 85 - 80009	geschaeftsleitung@hospital-leer.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Katholische Kirchengemeinde Seliger Hermann Lange, St. Bonifatius Hospitalgesellschaft Lingen e. V., Bischofliche Stuhl Osnabrück
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	Angebot im Kreißsaal
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	z.B. Babymassagekurs, Angebot von den im Hause ansässigen Hebammen
MP06	Basale Stimulation	Pflegerisches Angebot
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Gesprächskreis für verwaiste Eltern, Abschiedsraum, Trauerbegleitung, Zusammenarbeit mit dem Hospiz
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	individuelle Beratung durch ausgebildete Diabetesberaterin
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Diabetesberatung, Diätassistenten
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	durchgeführt von Fachpersonal der Abteilung Entlassmanagements
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie im Rahmen von Konsilen in Kooperation mit niedergelassenen Praxen
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Primary Nursing als Bezugspflegesystem auf allen Stationen etabliert
MP18	Fußreflexzonenmassage	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Angebot von den im Krankenhaus ansässigen Hebammen
MP21	Kinästhetik	ausgebildete Kinästhetik-Trainer in der Physiotherapie-Abteilung
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	berufsgruppenübergreifende Beratung, Expertenstandard "Förderung der Harnkontinenz in der Pflege"
MP24	Manuelle Lymphdrainage	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP25	Massage	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP26	Medizinische Fußpflege	bei Bedarf durch externe Anbieter
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Angebot im Kreißsaal
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	teilweise durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Einzeltherapie, durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Angebot für Mitarbeitende, z.B. aktuell Deeskalationstrainer in Ausbildung
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP36	Säuglingspflegekurse	im Rahmen der Geburtsvorbereitungskurse, Angebot von den im Hause ansässigen Hebammen
MP37	Schmerztherapie/-management	durchgeführt von ausgebildeten Pain Nurses der Anästhesie-Abteilung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Beratung für Stoma-, Dekubitus- und Inkontinenzpatienten, Sturz, chronische Wunden, Ernährung, onkologische Pflegeberatung, etc.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Entspannungsbäder, Progressive Muskelentspannung und Yoga im Rahmen der Geburtsvorbereitung, durchgeführt von den im Hause ansässigen Hebammen
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	Förderung der physiologischen Geburt und der aufrechten Gebärhaltung, Wassergeburten, alternative Schmerztherapie, individuelle und familienorientierte Betreuung
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Umsetzung der Expertenstandards in der Pflege, Pflegeexpertinnen/-experten, z.B. Wunde, Onkologie, etc.
MP43	Stillberatung	individuelle Beratung auf der Wochenstation durch ausgebildete Laktationsberaterin sowie im Stillcafé
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	im Rahmen von Konsilen in Kooperation mit niedergelassenen Praxen
MP45	Stomatherapie/-beratung	Kooperation mit externer Beratung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Kooperation mit ansässigen Firmen
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Angebot von den im Hause ansässigen Hebammen
MP51	Wundmanagement	nach ICW zertifizierte Wundmanagerin, Umsetzung des Expertenstandards "Pflege von Menschen mit chron. Wunden"
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Trauerkreis "Verwaiste Eltern", Kooperation mit der Dt. ILCO e.V., Koordination an externe Stellen über Entlassungsmanagement
MP53	Aromapflege/-therapie	Angebot im Kreißsaal
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Angebot für Neugeborene
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Angebot für Mitarbeitende
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	im Rahmen des im Hause etablierten Demenz-Konzeptes
MP63	Sozialdienst	siehe Entlassmanagement

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Pandemiebedingt im Rahmen der Möglichkeiten: Einzelführungen/Besichtigungen im Kreißsaal, Online Kreißsaal-Führung, YouTube Videos zu verschiedenen medizinischen Themen
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Stillcafé, Frühe Hilfen in Kooperation mit dem Caritasverband
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Konzept zur Behandlung von Demenz-Erkrankten im Krankenhaus etabliert
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Koordination über Entlassungsmanagement
MP69	Eigenblutspende	bei seltener Blutgruppenkonstellation oder Patientenwunsch, maschinelle Autotransfusion (Cell Saver)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Möglichkeit in allen Zimmern der geburtshilflichen Abteilung
NM07	Rooming-in		Standard in der geburtshilflichen Abteilung, Familienzimmer bei ausreichender Kapazität
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson bei ausreichender Kapazität
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Durch die christliche Krankenhaushilfe "Grüne Damen" kann ein ehrenamtlicher Begleitdienst zur Verfügung gestellt werden.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Krankenhausseelsorge mit evangelischen und katholischen Krankenhausseelsorgerinnen, die unabhängig von der Religionszugehörigkeit für alle Patientinnen und Patienten da sind.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Einzelführungen/Besichtigungen im Kreißsaal, Online Kreißsaal-Führung, YouTube Videos und Info-Abende zu verschiedenen medizinischen Themen
NM50	Kinderbetreuung		Betriebliche Kinderbetreuung, "Borro-Stöpkes", Organisation über den Familienservice Weser-Ems e.V.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Trauerkreis "Verwaiste Eltern", Kooperation mit der Dt. ILCO e.V., Koordination an externe Stellen über Entlassungsmanagement
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Möglichkeit einer vegetarischen, schweinefleischfreien oder glutenfreien Ernährung sowie individuelle Hinzuziehung von Diätassistenten
NM68	Abschiedsraum		Ein würdevoller Rahmen ermöglicht Angehörigen den Abschied von Verstorbenen.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		konstenloses WLAN und TV für stationäre Pat. (unter Vorbehalt techn. Störungen), bei Bedarf Telefon am Bett gegen Gebühr, Wertfächer/Tresore, Parkplätze sowie krankenhauseigenes Parkhaus, Aufenthaltsräume und offene Sitzgruppen auf den Stationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	B.A. Maria Janssen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement u. Organisationsentwicklung (Vermittlung an richtige Ansprechstelle)
Telefon	0491 / 85 - 80608
Fax	0491 / 85 - 80009
E-Mail	maria.janssen@hospital-leer.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Z.B. Motivtapeten an den Zimmertüren im Rahmen des Demenz-Konzeptes
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Aufzüge mit Sprachansage
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Gut lesbare, mittelgroße Beschriftung
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Jeder Mitarbeiter ist angehalten sehbehinderte oder blinde Menschen bei der Auffindung von Räumlichkeiten zu unterstützen.
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	Teilweise vorhanden.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	Serviceeinrichtungen, wie z.B. das Besuchercafe, die Bücherei oder die Kapelle sind rollstuhlgerecht zu erreichen.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Alle Besucheraufzüge sind rollstuhlgerecht bedienbar.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Sind auf jedem Stockwerk / Etage vorhanden (ausgenommen Ebene 5).
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Teilweise vorhanden.
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Motivtapeten (zur Orientierung) für Menschen mit Demenz teilweise vorhanden. Spezielle Uhren zur zeitlichen Orientierung in den Patientenzimmern teilweise vorhanden.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Qualifizierte Demenzbeauftragte sowie Schulungen durch die Beauftragten für alle Pflegefachkräfte. Eine pflegerisches Demenz-Konzept gibt zudem Hilfestellungen bei der Pflege von Demenzerkrankten.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für ein Körpergewicht bis 220kg vorhanden.
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Es besteht die Möglichkeit OP-Tisch-Verbreiterungen anzubauen.
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Tragfähigkeit der Röntgentische 180 - 200kg, Länge mal Breite 225 - 240cm X 85 - 88cm.
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Wird vorgehalten.
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für ein Körpergewicht über 160 kg ist ein Duschstuhl, elektronische Aufstehhilfe sowie Patientenlifter vorhanden, andere Pflegegeräte werden bei Bedarf angefordert.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Für ein Körpergewicht bis 160kg vorhanden, darüber hinaus werden Hilfsmittel bei Bedarf angefordert.
BF23	Allergenarme Zimmer	Teilweise vorhanden.
BF24	Diätische Angebote	Spezielle Diäten für Glutenunverträglichkeit, Diabetes, Cholesterin, Morbus Crohn etc. Weitere nicht näher differenzierte Allergiekost.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Im Krankenhaus arbeiten Mitarbeiter/-innen vieler Nationen, die bei Bedarf in über 15 Sprachen Unterstützung leisten.
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Die Kapelle des Borromäus Hospitals steht allen Patienten und Besuchern in der Zeit von 5.30 Uhr bis 21.00 Uhr offen. Sie ist unmittelbar von der Eingangshalle her zu erreichen. Hier werden katholische und evangelische Gottesdienste gefeiert.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Rund um das Gebäude sind zahlreiche Behindertenparkplätze vorhanden. Direkt vor dem Haupteingang befinden sich zudem sog. Storchenparkplätze für Eltern. Im Parkhaus des Borromäus Hospitals werden neben Behindertenparkplätzen zusätzliche Eltern-Kind-Parkplätze vorgehalten.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Zugangs- und Eingangsbereiche sind ebenerdig.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	Stockwerksanzeigen sind in allen Besucherfahrstühlen vorhanden.
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage	Die Homepage bietet die Möglichkeit das Programm Eye-Able zu nutzen, hier kann ausgewählt werden welche Hilfe benötigt wird, z.B. Vorlesen der Seite.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	
HB10	Hebamme und Entbindungsfpfleger	als Studium
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	256
-------------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	13948
Teilstationäre Fallzahl	161
Ambulante Fallzahl	38484
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	94,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	94,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	2,00
Stationäre Versorgung	92,78

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	50,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	50,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	2,00
Stationäre Versorgung	48,80
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	3
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	2,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	2,00
Stationäre Versorgung	0,00

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,00	MVZ Gastroenterologie, MVZ Neurologie
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	2,00	
Stationäre Versorgung	0,00	

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	182,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	182,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Stationäre Versorgung	182,99
-----------------------	--------

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	18,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	18,47

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	10,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	10,04

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,21

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	12,54

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Stationäre Versorgung	2,97
-----------------------	------

Pflegefachmänner B.Sc. und Pflegefachfrauen B.Sc.

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,11
Personal mit direktem	4,11
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,11

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem	0
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	11,50
Personal mit direktem	11,50
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	11,50

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem	0
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,36
Personal mit direktem	3,36
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,36

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,55
Personal mit direktem	0,55
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Stationäre Versorgung	0,55
-----------------------	------

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,16

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,23

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,30
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,30
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,30

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	5,30
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,30
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Stationäre Versorgung	5,30
-----------------------	------

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	14,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	14,06

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,13

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	5,13
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,13
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	5,13

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar / Erläuterung

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	0,87
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,87
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,87
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater (SP35)
Anzahl Vollkräfte	0,64
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,64
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55)
Anzahl Vollkräfte	9,36
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,36
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	9,36
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	8,30
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,30
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	8,30
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61)
Anzahl Vollkräfte	2,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,00
Kommentar / Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dipl.-Kffr. Sarah Sebeke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhausleitung
Telefon	0491 / 85 - 80000
Fax	0491 / 85 - 80009
E-Mail	geschaeftsleitung@hospital-leer.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Kfm. Direktorin, Pflegedienstleitung, Ärztlicher Direktor, stv. Ärztlicher Direktor, Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	M.A. Claudia Liebetrau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement u. Organisationsentwicklung
Telefon	0491 / 85 - 80308
Fax	0491 / 85 - 80009
E-Mail	claudia.liebetrau@hospital-leer.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Risikomanagement, Ärztlicher Dienst, Anästhesie u. Intensivmedizin), Gesundheits- und Krankenpflege (periphere Station, OP-Abteilung, Intensivstation, Anästhesie), Mitarbeitervertretung, Pflegedirektion, Technische Abteilung/Medizintechnik
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomanagementkonzept 2025-03-18
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Risikomanagementkonzept 2025-03-18
RM05	Schmerzmanagement	Risikomanagementkonzept 2025-03-18
RM06	Sturzprophylaxe	Expertenstandard Sturz 2024-03-15

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) 2024-01-26
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Verfahrensanweisung Freiheitsentziehende Maßnahmen 2018-11-22
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Umgang mit defekten Medizinprodukten 2016-01-21
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"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Verfahrensanweisung „Standardprozeduren und Patientensicherheit im OP“, OP-Statut 2018-08-10
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	OP Checkliste 2018-05-01
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Risikomanagementkonzept 2025-03-18
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Risikomanagementkonzept 2025-03-18
RM18	Entlassungsmanagement	Ablaufbeschreibung Entlassungsmanagement 2024-03-06

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Risikomanagementkonzept, Geschäftsordnung Risikomanagementteam, Nutzung der WHO OP-Checkliste, Prozessbeschreibungen und Patienten-Informationen für Patientenarmbänder, Maßnahmen zur Erhöhung der AMTS, etc.

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2021-07-14

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Einrichtunginternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Dr. med. Arne Meißner
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4	Dr. med. Bettina Anbergen, Dr. med. Nicole de Vries, Dr. med. Sven-Ulrich Rübertus, Dr. med. Antchen Visser
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Sabine Latarius, Andreas Meyer
Hygienebeauftragte in der Pflege	19	bettenführende Stationen und Funktionsbereiche haben Hygienebeauftragte benannt, die in einem 40h-Kurs ausgebildet sind.
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet		<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Dietrich Keller
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Anästhesie, Schmerz- und operative Intensivmedizin
Telefon	0491 / 85 - 70000
Fax	0491 / 85 - 70009
E-Mail	ambulatorium@hospital-leer.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
---	--

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	18 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	124 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	EurHealth 1-Health	Euregio-Folgeprojekt des EurSafety Health-net
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	Eine Überprüfung erfolgt im Rahmen der Validierung.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	als jährliche Pflichtfortbildung

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja
---	--

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Falls ein persönliches Gespräch gewünscht wird, erfolgt innerhalb von drei Werktagen die Kontaktaufnahme zum Beschwerdeführer/zur Beschwerdeführerin.	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Patientenfragebogen mit Freitextfeld, Feedback-Formular auf der Homepage	
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es besteht ein schriftliches Konzept.	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
B. A. Maria Janssen	Qualitätsmanagement u. Organisationsentwicklung	0491 / 85 - 80608	0491 / 85 - 80009	maria.janssen@hospital-leer.de
M.A. Claudia Liebetrau	Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung	0491 / 85 - 80300		claudia.liebetrau@hospital-leer.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Rudolf Teiser	Patientenfürsprecher	0491 / 850		patientenfuehrsprecher@hospital-leer.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Anguche Amukobole
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin u. Pneumologie
Telefon	0491 / 85 - 75000
Fax	
E-Mail	anguche.amukobole@hospital-leer.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar / Erläuterung	

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, zum Beispiel 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 auseinandersetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	ID-Pharma: Eingangsmedikation 2018-09-30	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Prozessbeschreibung Medikationsprozess 2023-01-27	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	z.B. Dauer und Bedarfsmedikation; Verfahrensanweisung Umgang mit BTM , Antibiotikafibel 2024-11-11	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) eShop	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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 unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß Teil A § 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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Ja

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
-----	-----------------------	---------------	-------------

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	z.B. Angabe Kinderschutzhelpline Intranet, Kitteltaschenkarten Kinderschutz
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Informationsbroschüre "Prävention von sexuellem Missbrauch/ sexueller Gewalt, Notfallplan Gewaltprävention; Kitteltaschenkarte Misshandlungsverdacht Kinder
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Kitteltaschenkarten "Misshandlungsverdacht", "für Pflegekräfte", "Umgang mit sexuellem Missbrauch"
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	Informationsbroschüre Prävention von sexuellem Missbrauch/ sexueller Gewalt

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	in Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja	in Kooperation mit der im Hause ansässigen neurologischen Praxis
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	in Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	keine Angabe erforderlich	in Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	keine Angabe erforderlich	in Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	keine Angabe erforderlich	in Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Ja	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Ja	in Kooperation mit der im Hause ansässigen neurologischen Praxis
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	Ja	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	Nein	In Kooperation mit dem Bonifatius Hospital Lingen

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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.

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 1	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe	

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 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 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Gastroenterologie & Innere Medizin

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Gastroenterologie & Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel 0100
Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name	Anguche Amukobole
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin und Pneumologie
Telefon	0491 / 85 - 75000
Fax	0491 / 85 - 75009
E-Mail	sekretariat.innere@hospital-leer.de
Strasse / Hausnummer	Kirchstraße 61-67
PLZ / Ort	26789 Leer
URL	

Name	Dr. med. Martin Reckels
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin und Gastroenterologie
Telefon	0491 / 85 - 75000
Fax	0491 / 85 - 75009
E-Mail	sekretariat.innere@hospital-leer.de
Strasse / Hausnummer	Kirchstraße 61-67
PLZ / Ort	26789 Leer
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI00	ERCP mit Steinentfernung und Stenting	
VI00	Radiofrequenzablation	
VI00	Transösophageale Echokardiographie inklusive 3D	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Diabetes, Schilddrüse
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Laparoskopie Ösophago pH- und Manometrie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	auch PTCD
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Lungentransplantationen
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI35	Endoskopie	auch Kapselendoskopie, Doppelballonenteroskopie
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VR00	Echokardiographie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung
VR10	Computertomographie (CT), nativ	In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis.
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis.
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis.
VR15	Arteriographie	
VR18	Szintigraphie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis.
VR44	Teleradiologie	
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	

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

Vollstationäre Fallzahl	3238
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J18	199	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
I50	167	Herzinsuffizienz
K29	136	Gastritis und Duodenitis
E86	123	Volumenmangel
J44	98	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
N39	92	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
I10	87	Essentielle (primäre) Hypertonie
K80	72	Cholelithiasis
K59	66	Sonstige funktionelle Darmstörungen
K52	65	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984	1329	Pflegebedürftigkeit
1-632	849	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8-930	529	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-440	525	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
3-225	467	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-222	436	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-055	425	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
1-650	401	Diagnostische Koloskopie
8-900	263	Intravenöse Anästhesie
3-200	247	Native Computertomographie des Schädels

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und			

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)			
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)			
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Gastroenterologie und Innere Medizin		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	27	Diagnostische Koloskopie
1-442	9	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-452	8	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	18,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	18,31
Fälle je VK/Person	176,84325

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	8,18	Weiterbildungsermächtigungen: Innere Medizin u. Gastroenterologie (36 Monate): Dr. Reckels u. Hr. Engelmann ; Diabetologie (6 Monate): Hr. Dr. Reckels; Röntgendiagnostik Innere Medizin diverse: Hr. Dr. Reckels
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,18	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	MVZ Gastroenterologie und Innere Medizin, MVZ Neurologie
Stationäre Versorgung	8,18	
Fälle je VK/Person	395,84352	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ42	Neurologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	Zus. Weiterbildung Diabetologie in dem Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF34	Proktologie	Zus. Weiterbildung Proktologie in dem Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	Fachkunde Internistische Röntgendiagnostik in der Inneren Medizin
ZF39	Schlafmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	46,94
-------------------	-------

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	46,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	46,94
Fälle je VK/Person	68,98167

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,59
Fälle je VK/Person	5488,13559

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	5,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,20
Fälle je VK/Person	622,69230

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,74
Fälle je VK/Person	4375,67567

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,52
Fälle je VK/Person	6226,92307

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	5,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,05
Fälle je VK/Person	6226,92307

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,05
Fälle je VK/Person	641,18811

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	3481,72043

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,04
Fälle je VK/Person	3113,46153

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,70
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,70
Fälle je VK/Person	875,13513
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinien
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluß	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard in Vorbereitung (Abschluß in 2017)
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer, werden nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[2].1 Allgemein- und Viszeralchirurgie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Allgemein- und Viszeralchirurgie

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 1500

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name Michael Schinagl

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie

Telefon 0491 / 85 - 60100

Fax 0491 / 85 - 60309

E-Mail sekretariat.mvz@hospital-leer.de

Strasse / Hausnummer Kirchstraße 61-67

PLZ / Ort 26789 Leer

URL

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach
§ 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC11	Lungenchirurgie	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	Tumorsprechstunde
VC62	Portimplantation	
VC63	Amputationschirurgie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	

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

Vollstationäre Fallzahl	1277
Teilstationäre Fallzahl	126
Kommentar / Erläuterung	Teilstationäre Fälle sind gleich Hybrid Fälle ohne Übernachtung

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K80	194	Cholelithiasis
K35	87	Akute Appendizitis
K43	58	Hernia ventralis
K40	55	Hernia inguinalis
K57	55	Divertikelkrankheit des Darms
R10	55	Bauch- und Beckenschmerzen
K56	53	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
C18	52	Bösartige Neubildung des Kolons
K42	48	Hernia umbilicalis
K59	31	Sonstige funktionelle Darmstörungen

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-930	264	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
9-984	263	Pflegebedürftigkeit
3-225	253	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5-511	241	Cholezystektomie
5-98c	186	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
5-469	158	Andere Operationen am Darm
8-980	151	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-831	150	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
5-541	147	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
5-932	117	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Allgemein- und Viszeralchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Entfernung vergrößerter Lymphknoten, Spaltung von kleineren Eiterherden (Abzessen, Furunkel) (VC00) ◦ ambulante OP's von Leisten- und Nabelbrüchen (VC00) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42) ◦ Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10) ◦ Entfernung von Geschwülsten aus dem Unterhautfettgewebe (VX00) 	Die aufgeführten Leistungen werden in allen Ambulanzen durchgeführt.
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	MVZ Allgemein- und Viszeralchirurgie		

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-399	50	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-490	27	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5-493	23	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5-859	9	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-491	5	Operative Behandlung von Anal fisteln
5-492	5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
5-530	4	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-469	< 4	Andere Operationen am Darm
5-640	< 4	Operationen am Präputium
5-534	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,24
Fälle je VK/Person	176,38121

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,30	Weiterbildungsermächtigung; Allgemeinchirurgie (24 Monate): Hr. Schinagl
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,30	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	5,30	
Fälle je VK/Person	240,94339	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	Herr Schinagl/ Herr Stepanjan: FK Strahlenschutz - AG Notfalldiagnostik im Rahmen der Erstversorgung + Notfallbehandlung (Extremitäten, Schädel, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen) (ACH)
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	16,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	16,79
Fälle je VK/Person	76,05717

Gesundheits- und Kinderkrankenflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,13
-------------------	------

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,13
Fälle je VK/Person	9823,07692

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,24
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,24
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,24
Fälle je VK/Person	1029,83870

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,04
Fälle je VK/Person	31925,00000

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,06
Fälle je VK/Person	21283,33333

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,31
Fälle je VK/Person	4119,35483

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	4119,35483

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	1373,11827

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,25
Fälle je VK/Person	5108,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,62
Fälle je VK/Person	788,27160
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in den Abteilungen eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinien
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinien)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer, werden bei Bedarf auf den Stationen eingesetzt
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[3].1 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 1600

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Andreas Weinbecker

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Telefon

0491 / 85 - 60300

Fax

0491 / 85 - 60109

E-Mail

sekretariat.unfallchirurgie@hospital-leer.de

Strasse / Hausnummer

Kirchstraße 61-67

PLZ / Ort

26789 Leer

URL

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit Keine Zielvereinbarungen getroffen
leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach
§ 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	
VC00	Kniebandchirurgie	
VC00	Knorpeltransplantation	
VC00	Kreuzbandchirurgie	
VC00	MPFL - Rekonstruktion	
VC00	Meniskustransplantation	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	z.B. septische Prothesenwechsel Schulter
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellerbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC63	Amputationschirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC71	Notfallmedizin	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VO21	Traumatologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
VR25	Knochendichthemessung (alle Verfahren)	

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

Vollstationäre Fallzahl	1460	
Teilstationäre Fallzahl	5	
Kommentar / Erläuterung	Teilstationäre Fälle gleich Hybrid Fälle ohne Übernachtung	

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S06	195	Intrakranielle Verletzung
S52	145	Fraktur des Unterarmes
M75	127	Schulterläsionen
S82	123	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
S42	102	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S32	72	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S72	64	Fraktur des Femurs
S22	60	Fraktur der Rippe(n), des Sternum und der Brustwirbelsäule
S83	43	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
M23	41	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984	329	Pflegebedürftigkeit
3-200	314	Native Computertomographie des Schädels
5-814	295	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
3-203	274	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
5-794	182	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
3-205	145	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
5-812	141	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-793	124	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-787	98	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-782	96	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)			
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)			
AM07	Privatambulanz	Ambulanz Unfall- und Wiederherstellungschirurgie		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Ambulanz Unfall- und Wiederherstellungschirurgie		
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Ambulanz Unfall- und Wiederherstellungschirurgie		
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Chirurgie		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-787	92	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-812	41	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-811	32	Arthroskopische Operation an der Synovialis
1-697	16	Diagnostische Arthroskopie

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-814	14	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-859	8	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-810	< 4	Arthroskopische Gelenkoperation
5-813	< 4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
5-819	< 4	Andere arthroskopische Operationen
8-201	< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Ja

stationäre BG-Zulassung

Ja

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,44
Fälle je VK/Person	226,70807

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,50	Weiterbildungsermächtigungen: Orthopädie und Unfallchirurgie (36 Monate): Dr. Weinbecker, Dr. Can Spezielle Unfallchirurgie im Gebiet Chirurgie (24 Monate): Dr. Weinbecker, Dr. Wiemer Notfalldiagnostik: Dr. Weinbecker Röntgendiagnostik des gesamten Skeletts: Dr. Weinbecker
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	4,50	
Fälle je VK/Person	324,44444	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik für das Organsystem: Skelett; Fachkunde im Strahlenschutz für das Anwendungsgebiet Notfalldiagnostik bei Erwachsenen und Kindern (Dr. Rudolph-Steininger)
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF72	Physikalische Therapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	11,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Stationäre Versorgung	11,41
Fälle je VK/Person	127,95793

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,12
Personal mit direktem	1,12
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,12
Fälle je VK/Person	1303,57142

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	2,29
Personal mit direktem	2,29
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,29
Fälle je VK/Person	637,55458

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,48
Personal mit direktem	0,48
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,48
Fälle je VK/Person	3041,66666

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,10
Personal mit direktem	0,10
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,10
Fälle je VK/Person	14600,00000

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	2,25
Personal mit direktem	2,25
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,25
Fälle je VK/Person	648,88888

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Anzahl Vollkräfte	0,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,08
Fälle je VK/Person	18250,00000

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,06
Fälle je VK/Person	24333,33333

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,23
Fälle je VK/Person	1186,99186
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinien)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer, werden bei Bedarf auf der Station eingesetzt
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[4].1 Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung: Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel: 1900
Art der Abteilung: Hauptabteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name:	Dr. med. Knut Busching
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie
Telefon:	0491 / 85 - 77000
Fax:	0491 / 85 - 77009
E-Mail:	plastische.chirurgie@hospital-leer.de
Strasse / Hausnummer:	Kirchstraße 61-67
PLZ / Ort:	26789 Leer
URL:	

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

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Kommentar / Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA15	Plastische Chirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	Handchirurgie
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	an der Hand
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	an der Hand
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Handchirurgie
VC30	Septische Knochenchirurgie	Knochen- und Weichteillappenplastiken
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	Handchirurgie
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	Adipositas, Tumoren, Ästhetik
VC60	Adipositaschirurgie	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	an der Hand
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC68	Mammachirurgie	Vergrößerung / Verkleinerung / Aufbau
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC71	Notfallmedizin	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	altersbedingte Hautveränderungen
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	Hand- und Brustchirurgie
VK32	Kindertraumatologie	an der Hand
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	Handchirurgie
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO16	Handchirurgie	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	am Bewegungsapparat
VR02	Native Sonographie	am Bewegungsapparat
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	

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

Vollstationäre Fallzahl	914
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C44	115	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
M72	73	Fibromatosen
S66	56	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
L03	46	Phlegmone
G56	38	Mononeuropathien der oberen Extremität
M19	38	Sonstige Arthrose
S62	36	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
S68	35	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand
M65	30	Synovitis und Tenosynovitis
S64	30	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-903	341	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5-896	336	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-840	319	Operationen an Sehnen der Hand
5-895	173	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8-915	148	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
8-919	142	Komplexe Akutschmerzbehandlung
9-984	142	Pflegebedürftigkeit
5-844	119	Operation an Gelenken der Hand
5-842	111	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
5-902	111	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)	Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie		

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)			
AM07	Privatambulanz	Ambulanz Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie		
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Sprechstunde §37 Verletzungsarten - Verfahren der Hand		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Ambulanz Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie		

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-056	224	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-850	147	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-787	143	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-840	124	Operationen an Sehnen der Hand
5-845	65	Synovialektomie an der Hand
1-697	49	Diagnostische Arthroskopie
5-790	45	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-849	42	Andere Operationen an der Hand
5-812	33	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-863	28	Amputation und Exartikulation Hand

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	9,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	9,00
Fälle je VK/Person	101,55555

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	5,00	Weiterbildungsermächtigung: Handchirurgie in dem Gebiet Chirurgie (36 Monate): Hr. Dr. Busching; Plastische und Ästhetische Chirurgie (48 Monate): Hr. Dr. Busching Röntgendiagnostik in sonst begrenztem Anwendungsbereich : Hr. Dr. Busching
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	5,00	
Fälle je VK/Person	182,80000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF12	Handchirurgie	
ZF15	Intensivmedizin	Spezielle Plastisch-chirurgische Intensivmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	Zusatz-Weiterbildung Herr Dr. Busching: Fachkunde im Strahlenschutz für das Anwendungsgebiet Notfalldiagnostik im Rahmen der Erstversorgung und Notfallbehandlung (Extremitäten, Schädel, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen)
ZF64	Plastische und Ästhetische Operationen	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	6,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,57
Beschäftigungsverhältnis	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,57
Fälle je VK/Person	139,11719

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,10
Fälle je VK/Person	9140,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,02
Fälle je VK/Person	896,07843

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,09
Fälle je VK/Person	10155,55555

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,04
Fälle je VK/Person	22850,00000

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,89
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,89

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Fälle je VK/Person 1026,96629

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	91400,00000

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,28
Fälle je VK/Person	3264,28571

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,44
Fälle je VK/Person	2077,27272
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in den Abteilungen eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluß	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird bei Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer werden nach Bedarf auf der Station eingesetzt.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[5].1 Orthopädische Chirurgie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Orthopädische Chirurgie

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 2300

Art der Abteilung Hauptabteilung

Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name Dr. med. Holger Alex

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Orthopädische Chirurgie

Telefon 0491 / 85 - 60300

Fax 0491 / 85 - 60309

E-Mail mvz.orthopaedie@hospital-leer.de

Strasse / Hausnummer Kirchstraße 61-67

PLZ / Ort 26789 Leer

URL

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

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO21	Traumatologie	

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

Vollstationäre Fallzahl	440
Teilstationäre Fallzahl	20

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M16	121	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17	115	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M51	45	Sonstige Bandscheibenschäden

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M54	23	Rückenschmerzen
S72	22	Fraktur des Femurs
T84	16	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
M20	12	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M48	9	Sonstige Spondylopathien
M84	6	Veränderungen der Knochenkontinuität
T81	6	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-822	126	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-820	125	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
9-984	109	Pflegebedürftigkeit
3-802	71	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-203	45	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
8-914	27	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie
5-032	25	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5-786	15	Osteosyntheseverfahren
5-984	14	Mikrochirurgische Technik
8-930	13	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)			
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			Wird durch den unfallchirurgischen Dienst mitbetreut.
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-812	9	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-787	< 4	Entfernung von Osteosynthesematerial
1-697	< 4	Diagnostische Arthroskopie
5-782	< 4	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
5-788	< 4	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,53
Fälle je VK/Person	79,56600

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	3,50	Weiterbildungsermächtigung Orthopädie und Unfallchirurgie (36 Monate): Dr. Can, Dr. Weinbecker
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	3,50	
Fälle je VK/Person	125,71428	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF71	Manuelle Medizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	5,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,19
Fälle je VK/Person	84,77842

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50
Fälle je VK/Person	880,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,10
Fälle je VK/Person	400,00000

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,23
Fälle je VK/Person	1913,04347

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,05
Fälle je VK/Person	8800,00000

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	1,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,10
Fälle je VK/Person	400,00000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	44000,00000

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	44000,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,56
Fälle je VK/Person	785,71428
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in den Abteilungen eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer - Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf der Station eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer werden bei Bedarf auf der Station eingesetzt.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[6].1 Urologie und Kinderurologie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Urologie und Kinderurologie

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 2200

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Thomas Vogt

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Urologie und Kinderurologie

Telefon 0491 / 85 - 76000

Fax 0491 / 85 - 76009

E-Mail sekretariat.urologie@hospital-leer.de

Strasse / Hausnummer Kirchstraße 61-67

PLZ / Ort 26789 Leer

URL

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach
§ 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	TVT, Sakropexie
VG16	Urogynäkologie	Urodynamik
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenkrankungen	
VK29	Spezialsprechstunde	Urologie
VK31	Kinderchirurgie	Leistenhoden, Phimose, Hypospadie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	eigenständige urologische Radiologie, Ausscheidungsurographie, Cystogramme, Urogramme, retrograde Abklärung, etc.
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
VU00	Fallkonferenz	Morbidity and Mortality - Koferenz
VU00	HOLEP	
VU00	Tumorkonferenz	
VU00	Zweitmeinungs-Sprechstunde	mit Überweisung vom Urologen oder Kinderarzt.
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	Inkontinenzsprechstunde. Mit Überweisung vom Urologen oder Kinderarzt
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	

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

Vollstationäre Fallzahl

3710

Teilstationäre Fallzahl
Kommentar / Erläuterung

3
Teilstationäre Fälle gleich Hybrid Fälle ohne Übernachtung

B-[6].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N13	1102	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
C67	375	Bösartige Neubildung der Harnblase
N20	364	Nieren- und Ureterstein
N40	225	Prostatahyperplasie
R31	204	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
N39	168	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
T83	125	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt
N30	89	Zystitis
N45	84	Orchitis und Epididymitis
C61	83	Bösartige Neubildung der Prostata

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-137	1734	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
3-13d	1517	Urographie
8-132	1510	Manipulationen an der Harnblase
8-020	1430	Therapeutische Injektion
8-147	1129	Therapeutische Drainage von Harnorganen
9-984	997	Pflegebedürftigkeit
5-573	467	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
5-601	461	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5-562	447	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
1-665	337	Diagnostische Ureterorenoskopie

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)			
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-640	430	Operationen am Präputium
5-624	62	Orchidopexie
5-631	44	Exzision im Bereich der Epididymis
5-611	22	Operation einer Hydrocele testis
5-621	10	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens
8-110	7	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen
5-490	5	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-641	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis
8-137	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]

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-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	13,77
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,77
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	13,77
Fälle je VK/Person	269,42628

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	8,07	Weiterbildungsermächtigung Urologie (60 Monate): Dr. Leifeld; Röntgendiagnostik - fachgebunden - im Gebiet Urologie (12 Monate): Dr. Leifeld
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,07	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	8,07	
Fälle je VK/Person	459,72738	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ60	Urologie	Zusatzqualifikation: Spezielle Urologische Chirurgie
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	FK im Strahlenschutz RD der Nieren- und ableitenden Harnwege; RD in einem begr. Anwendungsb. - Durchleuchtungsgestützte Endoskopien. AW von Röntgenstr. bei Interventionen im B. der Nieren- und ableitenden Harnwege: Dr. Rübertus. Zus. WB: RD im Gebiet Urologie (Harntrakt): Dr. Leifeld/Dr. Rübertus.

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	26,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	26,48
Fälle je VK/Person	140,10574

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem	0,93
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	3989,24731

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,58
Personal mit direktem	1,58
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,58
Fälle je VK/Person	2348,10126

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,52
Personal mit direktem	0,52
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,52
Fälle je VK/Person	7134,61538

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,95
Personal mit direktem	0,95
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,95
Fälle je VK/Person	3905,26315

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	1,30
Personal mit direktem	1,30
Beschäftigungsverhältnis	
Personal ohne direktes	0,00
Beschäftigungsverhältnis	
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,30
Fälle je VK/Person	2853,84615

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,10
Personal mit direktem	0,10
Beschäftigungsverhältnis	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,10
Fälle je VK/Person	37100,00000

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,84
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,84
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,84
Fälle je VK/Person	4416,66666

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,10
Fälle je VK/Person	1766,66666
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	werden nach Bedarf in den Abteilungen eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeitende mit einer 200 Stunden Weiterbildung.
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer - Tutorenlehrgang

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundermanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer werden bei Bedarf auf der Station eingesetzt
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[7].1 Gynäkologie und Geburtshilfe

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe

Fachabteilungsschlüssel 2400

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Dietrich Rothe

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon 0491 / 85 - 78000

Fax 0491 / 85 - 78009

E-Mail sekretariat.gynaekologie@hospital-leer.de

Strasse / Hausnummer Kirchstr. 61-67

PLZ / Ort 26789 Leer

URL

Name Dr. med. Gunnar Krause

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der senologischen, gyn.-onkologischen Abteilung mit Schwerpunkt der operativen Behandlung des Mammakarzinoms und die minimal-invasiven operativen Methoden zur Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen des Unterleibs

Telefon 0491 / 927 - 600

Fax 0491 / 927 - 6028

E-Mail praxis@nordicum.de

Strasse / Hausnummer Bürgermeister-Ehrenholtz-Str. 1

PLZ / Ort 26789 Leer

URL

Name Dr. med. Kris Vanhecke

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der urogynäkologischen und minimal-invasiven Abteilung der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon 0491 / 927 - 600

Fax 0491 / 927 - 9166

E-Mail praxis@nordicum.de

Strasse / Hausnummer Bürgermeister-Ehrenholtz-Str. 1

PLZ / Ort 26789 Leer

URL

Name Lars Venhoff

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der senologischen, gyn.-onkologischen Abteilung mit Schwerpunkt der operativen Behandlung des Mammakarzinoms und die Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen des Unterleibs

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Telefon	0491 / 927 - 600
Fax	0491 / 927 - 6028
E-Mail	praxis@nordicum.de
Strasse / Hausnummer	Bürgermeister-Ehrenholtz-Str. 1
PLZ / Ort	26789 Leer
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC24	Tumorchirurgie	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC68	Mammachirurgie	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VG00	Descensuschirurgie	Korrektur des vorderen u/o zentralen u/o hinteren Scheidenkompartiment mit einem Netz (TiLOOP oder Seratom); Sacropexie d. Scheidenstumpfes (Fixierung unter Einsatz eines spez. Gewebestreifens); vaginal: Sacrotuberale Fixation (Fixation m. starken Band) d. Scheidenstumpfes n. Amreich-Richter
VG00	Misgav-Ladach-Kaiserschnitt	
VG00	Ultraschalluntersuchung der Brust	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	durch Schnellschnittuntersuchungen oder durch Stanzbiopsie gesicherte, stadiengerechte brusterhaltende bzw. Radikaloperationen des Mammakarzinoms
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	in Kooperation mit der Abteilung für PHC
VG05	Endoskopische Operationen	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG15	Spezialsprechstunde	Dysplasiesprechstunde
VG16	Urogynäkologie	in Kooperation mit der Abteilung für Urologie
VG17	Reproduktionsmedizin	in Kooperation mit Fr. Dr. Hasselbach (Kinderwunschzentrum Ostfriesland)
VG19	Ambulante Entbindung	
VK00	Kinderärztliche Versorgung in Kooperation mit dem Marien Hospital Papenburg Aschendorf gGmbH	
VK25	NeugeborenenScreening	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR06	Endosonographie	

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

Vollstationäre Fallzahl	2388
Teilstationäre Fallzahl	7
Kommentar / Erläuterung	Teilstationäre Fälle gleich Hybrid Fälle ohne Übernachtung

B-[7].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
Z38	810	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
O80	392	Spontangeburt eines Einlings
O42	143	Vorzeitiger Blasensprung
O82	95	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
N81	76	Genitalprolaps bei der Frau
O26	63	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O48	63	Übertragene Schwangerschaft
C50	60	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
D25	53	Leiomyom des Uterus
O68	46	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetal Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-262	804	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
9-260	685	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
1-208	631	Registrierung evozierter Potenziale
5-758	415	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
5-749	275	Andere Sectio caesarea
5-704	116	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
5-683	105	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
8-020	95	Therapeutische Injektion
5-469	93	Andere Operationen am Darm
8-910	90	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	in Kooperation mit Fr. Dr. Witteborn		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gynäkologische Ambulanz		

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-672	74	Diagnostische Hysteroskopie
1-471	62	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
5-690	59	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
5-681	32	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
1-472	30	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri
1-694	16	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
5-671	10	Konisation der Cervix uteri
5-712	9	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva
5-691	7	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
5-711	7	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	11,15
Fälle je VK/Person	214,17040

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,25	Weiterbildungsermächtigung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (60 Monate): Hr. Dr. Rothe
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	4,25	
Fälle je VK/Person	561,88235	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Schwerpunktkompetenz Urogynäkologie: Herr Dr. Vanhecke; Schwerpunktkompetenz spezielle operative Gynäkologie: Herr Dr. Rothe
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	Schwerpunktkompetenz: Herr Venhoff, Herr Dr. Krause
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Schwerpunktbezeichnung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin in Verbindung mit der Gebietsbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Herr Dr. Rothe

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	9,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	9,97
Fälle je VK/Person	239,51855

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Anzahl Vollkräfte	5,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,51
Fälle je VK/Person	433,39382

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,10
Fälle je VK/Person	23880,00000

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,19
Fälle je VK/Person	12568,42105

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,86
Fälle je VK/Person	2776,74418

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,21
Fälle je VK/Person	11371,42857

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,58
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58
Beschäftigungsverhältnis	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,58
Fälle je VK/Person	4117,24137

Hebammen und Entbindungspleger

Anzahl Vollkräfte	6,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,23
Fälle je VK/Person	383,30658

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,06
Fälle je VK/Person	2252,83018
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinie, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer, werden bei Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[8].1 Anästhesie,Schmerz- und Operative Intensivmedizin

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Anästhesie,Schmerz- und Operative Intensivmedizin

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 3600

Art der Abteilung Nicht bettenführende Abteilung

Chefarztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Dietrich Keller
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie, Schmerz- und Operative Intensivmedizin
Telefon	0491 / 85 - 70000
Fax	0491 / 85 - 70009
E-Mail	ambulatorium@hospital-leer.de
Strasse / Hausnummer	Kirchstraße 61-67
PLZ / Ort	26789 Leer
URL	

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

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VX00	Anästhesien für die operativen Fachabteilungen	
VX00	Anästhesiesprechstunde	
VX00	Operative Intensivmedizin	
VX00	Schmerzkatheter	postoperativ
VX00	Schmerzpumpen	postoperativ
VX00	Schmerztherapie	postoperativ und chronisch

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[8].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Ambulanz Anästhesie, Schmerz- und Operative Intensivmedizin		
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V			

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	21,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	21,34
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	10,00	Weiterbildungsermächtigung: Anästhesiologie (60 Monate): Hr. Dr. Keller Intensivmedizin (18 Monate): Hr. Dr. Keller und Fr. Dr. Visser
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	10,00	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	Zusatzqualifikation Rettungsmedizin
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF15	Intensivmedizin	Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	39,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	39,48
Fälle je VK/Person	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,65
Fälle je VK/Person	

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	1,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,38
Fälle je VK/Person	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,36
Fälle je VK/Person	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,75
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,04
Fälle je VK/Person	

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
-----	--	-------------------------

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluß	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer, werden bei Bedarf auf der Station eingesetzt.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

B-[9].1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Fachabteilungsschlüssel

2600

Art der Abteilung

Belegabteilung

Belegärztin/Belegarzt

Name

Dr. med. Johann Jahn

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Belegarzt

Telefon

0491 / 65840

Fax

E-Mail

website@hno-praxis-leer.de

Strasse / Hausnummer

Steinburgsgang 4

PLZ / Ort

26789 Leer

URL

Name

Dr. med. Katrin Pieper

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Belegärztin

Telefon

0491 / 2500

Fax

E-Mail

info@hno-pieper.de

Strasse / Hausnummer

Ostersteg 14-16

PLZ / Ort

26789 Leer

URL

<https://www.hno-pieper.de/>

Name

Dr. med. Sven Löwe

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Belegarzt

Telefon

0491 / 5112

Fax

E-Mail

info@hospital-leer.de

Strasse / Hausnummer

Bürgermeister-Ehrenholtz-Straße 2

PLZ / Ort

26789 Leer

URL

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser

Keine Zielvereinbarungen getroffen

Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach

§ 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	Therapie bösartiger Erkrankungen
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	Hörverbesserung
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	Behandlung abstehender Ohren
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	Traumatisch, ideopathisch
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	Endonasale Dakryorhinozystostomie
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	Inklusive Lappenplastiken mit Gefäßanastomosen
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	Inklusive Lappenplastiken mit Gefäßanastomosen
VH23	Spezialsprechstunde	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
VH26	Laserchirurgie	
VH27	Pädaudiologie	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN22	Schlafmedizin	
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ19	Laserchirurgie	

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	521
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[9].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J35	239	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
J34	106	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
J32	94	Chronische Sinusitis
J38	19	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert
T81	14	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
H69	10	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva
C44	4	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
J33	4	Nasenpolyp
J36	4	Peritonsillarabszess
H72	< 4	Trommelfellperforation

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-215	248	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
5-281	215	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
5-214	175	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5-285	154	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
5-200	102	Parazentese [Myringotomie]
5-224	83	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
5-300	25	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx
9-984	20	Pflegebedürftigkeit
5-282	19	Tonsillektomie mit Adenotomie
5-221	18	Operationen an der Kieferhöhle

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	3
Fälle je VK/Person	173,66666

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ18	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,69
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,69
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,69
Fälle je VK/Person	308,28402

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,95
Fälle je VK/Person	548,42105

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	52100,00000

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,03

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Fälle je VK/Person 17366,66666

Pflegefachmann B.Sc. und Pflegefachfrau B.Sc.

Anzahl Vollkräfte	0,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,15
Fälle je VK/Person	3473,33333

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,03
Fälle je VK/Person	17366,66666

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,10
Fälle je VK/Person	5210,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,18
Fälle je VK/Person	2894,44444

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	Pflege (dual), Bachelor of Science
PQ02	Diplom	Diplom Betriebswirt
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege, werden nach Bedarf in der Abteilung eingesetzt.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie	Fachweiterbildung Onkologische Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Werden nach Bedarf in den Abteilungen eingesetzt.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluß	Kommentar / Erläuterung
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	nach DKG Richtlinie
PQ20	Praxisanleitung	Mitarbeiter mit einer 200 Stunden Weiterbildung
Nr.	Zusatzzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Pflege in der Endoskopie (nach DKG Richtlinie)
ZP05	Entlassungsmanagement	Überleitungspflege: Werden nach Bedarf von den Stationen angefordert. Umgesetzt nach Expertenstandard.
ZP06	Ernährungsmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP08	Kinästhetik	Basiskurs Kinästhetik, Peer-Tutorenlehrgang
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP15	Stomamanagement	externe Expertise
ZP16	Wundmanagement	Wundmanagerin nach ICW Richtlinien, wird nach Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP18	Dekubitusmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP19	Sturzmanagement	umgesetzt nach Expertenstandard
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Aktuell in Ausbildung
ZP24	Deeskalationstraining	Deeskalationstrainer, werden bei Bedarf auf den Stationen eingesetzt.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl hl	Dokumentations- rate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhaus	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation 09/1	1	Datenschutz	Datenschutz		
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 09/2	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision-/Systemwechsel-/Explantation 09/3	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation 09/4	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel 09/5	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation 09/6	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation 10/2	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen 15/1	178	100	178		
Geburtshilfe 16/1	823	100,36	826		
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung 17/1	22	100	22		
Mammachirurgie 18/1	87	100	87		
Cholezystektomie CHE	217	103,23	224		

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Dekubitusprophylaxe DEK	226	100,88	228		
Herzchirurgie HCH	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe HCH_AK_CHIR	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen HCH_KC	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe HCH_MK_CHIR	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe HCH_MK_KATH	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung HEP	161	100	161		
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation HEP_IMP	154	99,35	153		
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel HEP_WE	9	111,11	10		
Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM_MKU	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich	Fallzahl hl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze ze Standort	Kommentar des Krankenhau ses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Zählleistungsbereich Herztransplantation HTXM_TX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung KEP	115	100	115		
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation KEP_IMP	111	100	111		
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel KEP_WE	4	100	4		
Leberlebendspende LLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation LTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz- Lungentransplantation LUTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie NEO	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende NLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) PCI_LKG	5	100	5		

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich	Fallza hl	Dokumentations rate in %	Anzahl ze re Standort	Kommentar des Krankenhau ses	Kommentar der Datenannahmestel le DeQS
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation PNTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56101

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkratzgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,03

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,00 - 1,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen
Kennzahl-ID 56108

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

80,49

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

80,28 - 80,70

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56111

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß e (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

79,82

Referenzbereich (bundesweit)

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vertrauensbereich (bundesweit)

79,64 - 80,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56110

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

91,25

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

91,02 - 91,49

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56100

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,09

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,03 - 1,17

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56104

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

86,68

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

86,60 - 86,76

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56103

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

89,18

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

89,06 - 89,29

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56106

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

75,09

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

74,95 - 75,23

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56105

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bundesergebnis

85,11

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

85,05 - 85,17

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56004

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

1,51

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,38 - 1,66

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56003

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

81,10

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

80,65 - 81,55

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Kennzahl-ID 56014

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

95,08

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

94,86 - 95,30

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56008

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkrankgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,23

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,22 - 0,24

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,01 - 37,94

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56118

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,99

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,97 - 1,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56117

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,02

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,00 - 1,04

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56113

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

49,11

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

48,50 - 49,70

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56112

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkrankgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

61,62

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

61,39 - 61,85

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56115

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bundesergebnis

78,26

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

77,99 - 78,54

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56114

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

91,88

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

91,32 - 92,42

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Kennzahl-ID 56116

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

93,53

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

93,34 - 93,71

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 56107

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

89,65

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

89,36 - 89,94

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Kennzahl-ID 56109

Leistungsbereich

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

84,20

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

84,01 - 84,39

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58006

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,97 - 1,04

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58003

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,02

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,98 - 1,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

1,63

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,62 - 3,58

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qz-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58002

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,92

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,88 - 0,96

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

2,37

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,99 - 4,89

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58005

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,97 - 1,03

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0,89

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,37 - 1,83

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58001

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,00

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,98 - 1,02

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

1,37

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,77 - 2,27

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen),

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58004

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,06

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,03 - 1,09

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

1,13

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,43 - 2,48

Ergebnis im Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 58000

Leistungsbereich

Entfernung der Gallenblase

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bundesergebnis

0,95

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,90 - 1,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

**Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen.
Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID 54143**

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

3,43

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

3,28 - 3,58

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

**Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
(berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Kennzahl-ID 52311

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,95

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,89 - 1,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde).

Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID 101801

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,86

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,79 - 0,92

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 2194

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,99

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,96 - 1,03

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 51191

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,87

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,82 - 0,93

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Kennzahl-ID 102001

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

96,97

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

96,31 - 97,51

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 2195

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

ja

Einheit

Bundesergebnis

0,90

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,78 - 1,03

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)
Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Kennzahl-ID 52305

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

96,13

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

96,06 - 96,20

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 101800

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,99

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,96 - 1,02

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Kennzahl-ID 54003

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

8,15

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

7,95 - 8,35

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

31,03

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

17,28 - 49,23

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen (z. B. BlutgerinnSEL, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54016

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,93

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,90 - 0,96

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnung, 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)

Kennzahl-ID 54015

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,05

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,03 - 1,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

1,23

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,49 - 2,72

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54018

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bundesergebnis

0,96

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,93 - 1,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 2,77

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen (z. B. BlutgerinnSEL, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54017

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,92

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,88 - 0,96

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 7,86

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54120

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,01

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,98 - 1,04

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54019

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,93

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,90 - 0,96

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 191801_54120

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

nein
Einheit

Bundesergebnis
0,99
Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)
0,95 - 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis
Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)
Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse
54120
Sortierung
2

Qualitätsindikator

Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 191800_54120

Leistungsbereich

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,03

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,98 - 1,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

54120

Sortierung

1

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 191914

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,94

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,91 - 0,97

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 2,55

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54013

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,89

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,83 - 0,95

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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)

Kennzahl-ID 10271

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,97

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,94 - 1,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 54012

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,91

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,89 - 0,93

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 54028

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,82

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,77 - 0,88

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 9,15

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 51831

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,16

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,04 - 1,30

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 73,75

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 321

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,27

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,25 - 0,28

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 1058

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,37

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,26 - 0,52

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 35,43

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 51397

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,13

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,07 - 1,19

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt 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

Kennzahl-ID 182303_52249

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

100

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

99,95 - 100

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

78,47 - 100,00

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

6

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182005_52249

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

93,11

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

92,72 - 93,48

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

85,69 - 100,00

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

8

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182004_52249

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

73,47

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

73,19 - 73,75

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

64,81

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

55,44 - 73,17

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

7

Qualitätsindikator

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)

Kennzahl-ID 51808_51803

Leistungsbereich

Geburshilfe

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,40

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,23 - 1,60

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 25,70

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

51803

Sortierung

1

Qualitätsindikator

Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Kennzahl-ID 182007_52249

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

75,51

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

74,92 - 76,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

10

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182006_52249

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

87,13

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

86,47 - 87,77

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

92,31

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

66,69 - 98,63

Ergebnis im Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

9

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182009_52249

Leistungsbereich

Geburshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

47,41

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

46,87 - 47,95

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

28,57

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

11,72 - 54,65

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

12

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182008_52249

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

100

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

99,85 - 100

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

11

Qualitätsindikator

Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 51803

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,12

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,09 - 1,15

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

1,30

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,66 - 2,55

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 318

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

96,67

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

96,41 - 96,91

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 181801_181800

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,73

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,65 - 0,83

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

181800

Sortierung

1

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 181800

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,79

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,72 - 0,86

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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)

Kennzahl-ID 51823_51803

Leistungsbereich

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,24

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,18 - 1,30

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

51803

Sortierung

4

Qualitätsindikator

Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 51818_51803

Leistungsbereich

Geburshilfe

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,98

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,93 - 1,03

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

51803

Sortierung

3

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182011

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

2,63

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

2,53 - 2,74

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182010

Leistungsbereich

Geburshilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,12

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,10 - 0,15

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182014

Leistungsbereich

Geburtsklinik

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

8,49

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

8,36 - 8,62

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

7,03

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

5,48 - 8,98

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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)

Kennzahl-ID 181802_181800

Leistungsbereich

Geburshilfe

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,88

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,76 - 1,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 16,52

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

181800

Sortierung

2

Qualitätsindikator

Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Kennzahl-ID 182301_52249

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

100

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

99,98 - 100

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

78,47 - 100,00

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

3

Qualitätsindikator

Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Kennzahl-ID 182300_52249

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

34,02

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

33,69 - 34,35

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

31,25

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

22,85 - 41,09

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

2

Qualitätsindikator

Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt 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

Kennzahl-ID 182302_52249

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

7,92

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

7,69 - 8,16

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

5

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182002_52249

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

4,02

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

3,93 - 4,12

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

4,10

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

2,24 - 7,38

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bezug andere QS Ergebnisse
52249
Sortierung
4

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 50045

Leistungsbereich
Geburtshilfe
Typ des Ergebnisses
QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA
DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus
ja
Einheit
%
Bundesergebnis
99,04
Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)
99,00 - 99,08
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)
/
Rechnerisches Ergebnis
96,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)
93,90 - 98,53
Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 330

Leistungsbereich

Geburshilfe

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

95,02

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

94,45 - 95,54

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 51813_51803

Leistungsbereich

Geburtshilfe

Typ des Ergebnisses

KKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,13

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,08 - 1,19

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

2,38

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,93 - 6,08

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

51803

Sortierung

2

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 182000_52249

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

19,89

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

19,70 - 20,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

20,92

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

16,24 - 26,52

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

52249

Sortierung

1

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 52249

Leistungsbereich

Geburthilfe

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,06

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,05 - 1,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

1

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,89 - 1,11

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 60686

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

18,44

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

17,71 - 19,19

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

33,33

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

14,03 - 58,42

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 60685

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,77

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,69 - 0,85

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 5,40

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 612

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

89,36

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

89,05 - 89,67

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

92,86

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

82,15 - 97,95

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Kennzahl-ID 52283

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

3,01

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

2,91 - 3,11

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

17,42

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

11,69 - 24,56

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qc-verfahren/aktiv/>

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Kennzahl-ID 51906

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,08

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,03 - 1,14

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 3,27

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Kennzahl-ID 10211

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

6,99

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

6,63 - 7,35

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Kennzahl-ID 12874

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,88

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,79 - 0,97

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 172001_10211

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

12,40

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

11,38 - 13,47

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,01 - 23,76

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

10211

Sortierung

2

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 172000_10211

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

11,00

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

9,82 - 12,27

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

10211

Sortierung

1

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 51846

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,65

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,57 - 98,73

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

95,78 - 100,00

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 2163

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,08

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,03 - 0,17

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,01 - 29,24

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, 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.

Kennzahl-ID 52279

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,97

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,86 - 99,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

93,31 - 100,00

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Kennzahl-ID 51847

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

97,33

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

97,14 - 97,51

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

92,93 - 100,00

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Kennzahl-ID 50719

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

3,04

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

2,62 - 3,51

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,01 - 37,94

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Kennzahl-ID 211800

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

99,63

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

99,58 - 99,68

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

96,49

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

89,22 - 99,26

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Kennzahl-ID 51370

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

1,64

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,53 - 1,75

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Kennzahl-ID 212400

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

80,10

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

79,81 - 80,39

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

21,05

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

12,06 - 32,90

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

**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)**

Kennzahl-ID 212000

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

96,20

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

95,73 - 96,62

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

94,44

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

76,84 - 99,39

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, 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.

Kennzahl-ID 52330

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,90

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,73 - 99,04

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

66,96 - 99,99

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

**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)**

Kennzahl-ID 212001

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

88,66

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

88,27 - 89,05

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Kennzahl-ID 54030

Leistungsbereich

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

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

7,57

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

7,37 - 7,78

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

33,33

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

17,19 - 54,63

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID 54029

Leistungsbereich

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

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,01

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,96 - 1,07

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 8,94

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 54033

Leistungsbereich

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

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,00

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,98 - 1,02

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

2,90

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

1,41 - 5,02

Ergebnis im Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 54046

Leistungsbereich

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenstücke durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Bundesergebnis

0,97

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,93 - 1,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 4,25

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Komplikationen (z. B. Schlaganfall, 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)

Kennzahl-ID 54042

Leistungsbereich

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

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,05

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,03 - 1,07

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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)

Kennzahl-ID 52009

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

1,06

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,05 - 1,07

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

0,88

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,62 - 1,24

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankhausaufenthalts 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)

Kennzahl-ID 521801

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,06

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,06 - 0,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

0,04

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,02 - 0,09

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankhausaufenthalts 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)

Kennzahl-ID 52326

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,35

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,35 - 0,35

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0,20

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,14 - 0,30

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 521800

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,01

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,01 - 0,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator

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

Kennzahl-ID 52010

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,00

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,00 - 0,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

/

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 0,03

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	111		
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	50	77		

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	111
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	101
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt	ja
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	
Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt	

Leistungsbereich	Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	77
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	48
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt	ja
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	
Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt	

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

trifft nicht zu / entfällt

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

keine Angaben

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	49
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	43
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	42

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 43	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 43	Tag	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 11	Nacht	100,00	0	
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 11	Tag	100,00	0	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 31	Nacht	100,00	0	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 31	Tag	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 24	Nacht	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 21	Nacht	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 21	Tag	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 34	Tag	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 24	Tag	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 34	Nacht	100,00	0	
Interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	Station 33	Nacht	100,00	0	
Interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	Station 33	Tag	100,00	0	
Urologie	Urologie	Station 41	Tag	100,00	0	
Urologie	Urologie	Station 41	Nacht	100,00	0	

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
---------------	--------------------------	---------	---------	---------------------------------	-----------

Strukturierter Qualitätsbericht 2024 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 43	Tag	87,16	
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 11	Tag	86,89	
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 43	Nacht	83,06	
Allgemeine Chirurgie	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie	Station 11	Nacht	93,44	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 31	Tag	97,81	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 31	Nacht	95,63	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 21	Tag	93,44	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 24	Nacht	80,60	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 34	Tag	84,70	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 21	Nacht	84,15	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 24	Tag	94,81	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station 34	Nacht	98,91	
Interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	Station 33	Nacht	74,32	
Interdisziplinäre Intensivmedizin	Intensivmedizin	Station 33	Tag	93,44	
Urologie	Urologie	Station 41	Nacht	90,98	
Urologie	Urologie	Station 41	Tag	86,61	

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt