Borromäus Hospital Leer

den Menschen verbunden

# Borromäus Hospital Leer gGmbH

## Strukturierter Qualitätsbericht

**gem. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V**

# Berichtsjahr 2019

netfutura Deutschland GmbH: https://www.netfutura.de
promato QBM: https://qbm.promato.de

## Inhaltsverzeichnis

**Einleitung** 4
**Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses** 6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 10
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung 10
A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit 10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 12
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 12
A-10 Gesamtfallzahlen 12
A-11 Personal des Krankenhauses 13
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen 13
A-11.2 Pflegepersonal 14
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal 17
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 20
A-12.1 Qualitätsmanagement 20
A-12.2 Klinisches Risikomanagement 20
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements 22
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 24
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit 26
A-13 Besondere apparative Ausstattung 28
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V 29
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung 29
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 29
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 29

**Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen** 30
B-[1] Gastroenterologie & Innere Medizin 30
B-[2] Allgemein- und Viszeralchirurgie 37
B-[3] Unfall- und Wiederherstellungschirurgie 42
B-[4] Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie 51
B-[5] Orthopädische Chirurgie 64
B-[6] Urologie und Kinderurologie 70
B-[7] Gynäkologie und Geburtshilfe 76
B-[8] Anästhesie,Schmerz- und Operative Intensivmedizin 85
B-[9] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 90

**Teil C - Qualitätssicherung** 95

C-1 Teilnahme an der datengestützen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 95

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 95

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL 97

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 180

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 180

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 180

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V 180

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 180

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr 180

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") 181

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V 181

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 181

# 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, bestätigt. Zusätzlich unterziehen wir uns regelmäßig Zentrumszertifizierungen, wie z.B. für das EndoProthetikZentrum oder das lokale Traumazentrum. Auch baulich entwickeln wir uns ständig weiter. So startete im April 2019 die Bauphase für die Erweiterung unserer intensivmedizinischen Kapazitäten.

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. 15.000 Patienten stationär und ca. 30.000 Patienten ambulant.

Dieser Bericht stellt die Qualitäts- und Leistungsdaten unseres Hauses aus dem Jahr 2019 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 durchgeführte 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

**Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

| | |
|---|---|
| Name | Dipl.-Kffr. Sarah Sebeke |
| Position | Kfm. Abteilungsleitung Qualitätsmanagement \| Organisationsentwicklung \| Fundraising |
| Telefon | 0491 / 85 - 80200 |
| Fax | 0491 / 85 - 80009 |
| E-Mail | sarah.sebeke@hospital-leer.de |

**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

| | |
|---|---|
| Name | Dipl.-Kfm. Dieter Brünink |
| Position | Geschäftsführung |
| 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 | 00 |
| Hausanschrift | Kirchstraße 61 - 67<br>26789 Leer |
| Postfach | 1209<br>26762 Leer |
| Telefon | 0491 / 850 |
| Internet | https://www.borromäus-hospital-leer.de/ |

### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|---|---|---|---|---|
| Dr. med. Martin Reckels | Ärztlicher Direktor, Chefarzt Innere Medizin | 0491 / 85 - 75000 | 0491 / 85 - 75009 | sekretariat.innere@hospital-leer.de |

### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|---|---|---|---|---|
| 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.-Kfm. Dieter Brünink | 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,<br>St. Bonifatius Hospitalgesellschaft Lingen e. V.,<br>Bischöfliche Stuhl Osnabrück |
| Art | freigemeinnützig |

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| | |
|---|---|
| Lehrkrankenhaus | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Carl von Ossietzky Universität Oldenburg |

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## 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 |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | individuelle Beratung durch ausgebildete Diabetesberaterin |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Diabetesberatung, Diätassistenten |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | durchgeführt von Fachpflegekräften der Abteilung Entlassungsmanagement |
| 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 | zertifiziertes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, berufsgruppenübergreifende Beratung |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP25 | Massage | duchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | bei Bedarf durch externe Anbieter |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | Angebot im Kreißsaal |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | teileweise durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung sowie im Kreißsaal |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Physikalische Therapie durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Einzeltherapie, durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | durchgeführt von der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP36 | Säuglingspflegekurse | im Rahmen der Geburtsvorbereitungskurse, Angebot von den im Hause ansässigen Hebammen |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| MP37 | Schmerztherapie/-management | durchgeführt von ausgebildeten Pain Nurses der Anästhesie-Abteilung |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | Beratung für Stoma-, Dekubitus- und Inkontinenzpatienten, Sturz, chronische Wunden, Ernährung, onkologische Pflegeberatung |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Progressive Muskelentspannung und Yoga im Rahmen der Geburtsvorbereitung, durchgeführt von den im Hause ansässigen Hebammen |
| MP41 | Spezielles Angebot von Entbindungspflegern/Hebammen | z.B. Unterwassergeburten, Angebot im Kreißsaal |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Umsetzung der Expertenstandards in der Pflege, Pflegeexpertinnen/-experten, z.B. Wunde, Onkologie, etc. |
| MP43 | Stillberatung | individuelle Beratung auf der Wochenstation sowie im Stillcafé |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | im Rahmen von Konsilen in Kooperation mit niedergelassenen Praxen |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Kooperation mit externer Beratung |
| MP46 | Traditionelle Chinesische Medizin | Angebot im Kreißsaal |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Kooperation mit ansässigen Firmen |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | duchgeführt 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 |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Führungen/Besichtigungen im Kreißsaal, 1. Leeraner Babymesse, Informationsveranstaltungen/Vorträge für Patienetinnen und Patienten zum Thema Endoprothetik Hüfte/Knie |
| 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 |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Koordination über Entlassungsmanagement |
| MP69 | Eigenblutspende | bei seltener Blutgruppenkonstellation, manschinelle Autotransfusion (Cell Saver) |

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | 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 | |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | Krankenhausseelsorge mit evangelischen und katholischen Krankenhausseelsorgerinnen, die unabhänging von der Religionszugehörigkeit für alle Patientinnen und Patienten da sind. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | Kreißsaalführungen/-besichtigungen, 1. Leeraner Babymesse, Patientenvorträge (z.B. Endoprothetik Hüfte/Knie) |
| 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. |
| 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 | M. Sc. Tobias Fiedelak |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Technische Leitung und Gebäudemanagement (zuständig für bauliche Barrierefreiheit) |
| Telefon | 0491 / 850 |
| E-Mail | tobias.fiedelak@hospital-leer.de |

## A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| 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, ist für Rollstuhlfahrer frei zugänglich. |
| 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 Orietierung in den Patientenzimmern teilweise vorhanden. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Qualifizierte Demensbeauftragte 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 160 kg vorhanden, darüber hinaus werden geeignete Betten bei Bedarf angefordert. |
| 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 - 200 kg, Länge mal Breite 225 - 240 cm X 85 - 88 cm. |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Wird vorgehalten. |

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| 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 vorhaden, andere Pflegegeräte werden bei Bedarf angefordert. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Für ein Körpergewicht bis 160 kg 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. |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

## 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin | |
| HB07 | Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) | |
| HB10 | Entbindungspfleger und Hebamme | |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

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

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 14824 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 33447 |

# A-11 Personal des Krankenhauses

## A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 88,9 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 88,9 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 2,8 | |
| Stationäre Versorgung | 86,1 | |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 55,4 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 55,4 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 2,8 | |
| Stationäre Versorgung | 52,6 | |
| 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 | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,5 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,5 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

## A-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 183,96 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 183,96 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 183,96 |

| davon ohne Fachabteilungszuordnung | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 20,70 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 20,70 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 20,70 |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 12,44 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12,44 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 12,44 |

| davon ohne Fachabteilungszuordnung | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,57 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,57 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,57 |

| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |

| davon ohne Fachabteilungszuordnung | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,50 |

| davon ohne Fachabteilungszuordnung | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 7,13 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,13 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,13 |

| **davon ohne Fachabteilungszuordnung** | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,0 |

| **Entbindungspfleger und Hebammen** | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 6,22 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 6,22 |

| **davon ohne Fachabteilungszuordnung** | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

| **Beleghebammen und Belegentbindungspfleger** | |
|---|---|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 2 |

| **Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen** | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 7,20 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,20 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 7,20 |

| **davon ohne Fachabteilungszuordnung** | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,20 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,20 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 7,20 |

| Medizinische Fachangestellte | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,4 |

| davon ohne Fachabteilungszuordnung | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Spezielles therapeutisches Personal | Diätassistentin und Diätassistent (SP04) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,54 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,54 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,54 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 5,23 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,23 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 5,23 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,00 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,65 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,65 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater (SP35) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,00 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

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

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 8,38 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,38 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 8,38 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch- technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,67 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,67 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,67 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 2,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| 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 | Kfm. Abteilungsleitung Qualitätsmanagement \| Organisationsentwicklung \| Fundraising |
| Telefon | 0491 85 80200 |
| Fax | 0491 85 80009 |
| E-Mail | sarah.sebeke@hospital-leer.de |

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführer, Kfm. Direktor, stv. Kfm. Direktor, Pflegedirektor, stv. Pflegedirektor, Ärztlicher Direktor, stv. Ärztlicher Direktor, Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|---|---|
| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | eigenständige Position für Risikomanagement |
| Name | M.A. Claudia Liebetrau |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsmanagement u. Organisationsentwicklung |
| Telefon | 0491 85 80300 |
| Fax | |
| 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 (Unfallchirurgie), Gesundheits- und Krankenpflege (periphere Station, OP-Abteilung, Intensivstation), EDV-Abteilung, Mitarbeitervertretung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|---|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Risikomanagementkonzept 2019-08-26 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | z. B. Room of Horrors |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Risikomanagementkonzept 2019-08-26 |
| RM05 | Schmerzmanagement | abteilungsspezifische Regelungen |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|---|---|---|
| RM06 | Sturzprophylaxe | Expertenstandard Sturz 2018-02-28 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 2016-12-06 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Verfahrensanweisung Freiheitsentziehende Maßnahmen 2018-09-03 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Umgang mit defekten Medizinprodukten 2016-01-21 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | ☑ Tumorkonferenzen<br>☑ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>☑ Pathologiebesprechungen<br>☑ Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | OP Checkliste 2018-05-01 |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem 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 Patientenverwechselungen | Risikomanagementkonzept 2019-08-26 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Risikomanagementkonzept 2019-08-26 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Konzept Entlassungsmanagement 2015-02-24 |

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|---|---|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? | ☑ Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | ☑ Ja |
| Tagungsfrequenz | bei Bedarf |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Risikomanagementkonzept, Geschäftsordnung Risikomanagementteam, Nutzung der WHO OP-Checkliste, Teilnahme am Tag der Patientensicherheit des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit, Prozessbeschreibungen und Patienten-Informationen für Patientenarmbänder, Room of Horrors |

### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr. | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|---|---|---|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 2017-03-29 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | bei Bedarf |
| IF03 | Schulungen der 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 | ☑ Ja |

| | |
|---|---|
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | ☑ Ja |
| Tagungsfrequenz | bei Bedarf |

**Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme**

| Nummer | Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem |
|---|---|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

| | | |
|---|---|---|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 3 | Dr. med. J. R. Lo Ten Foe (UMCG, Groningen-NL),<br>Dr. med. F. Szabados und<br>Dr. H. Krüpe-Silbersiepe (beide Laborarztpraxis Osnabrück) |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 4 | Herr Dr. med. Michael Sevenich,<br>Frau Dr. med. Bettina Anbergen,<br>Dr. med Elena Wiegand,<br>Dr. med. Sven-Ulrich Rübertus |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 19 | bettenführende Stationen und Funktionsbereiche haben Hygienebeauftragte benannt, die in einem 40h-Kurs ausgebildet sind. |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | | ☑ Ja |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission | | halbjährlich |

**Vorsitzender der Hygienekommission**

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Martin Reckels |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor, Chefarzt Innere Medizin |
| Telefon | 0491 85 75000 |
| Fax | 0491 85 75009 |
| E-Mail | sekretariat.innere@hospital-leer.de |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| | |
|---|---|
| Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern? | ☒ nein |
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? | ☑ ja |

**Der Standard thematisiert insbesondere**

| | |
|---|---|
| Hygienische Händedesinfektion | ☑ ja |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | ☑ ja |
| Beachtung der Einwirkzeit | ☑ ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe | ☑ ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel | ☑ ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube | ☑ ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz | ☑ ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch | ☑ ja |

| | |
|---|---|
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | ☑ ja |
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor? | ☑ ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | ☑ ja |

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie**

| | |
|---|---|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? | ☑ ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst? | ☑ ja |
| Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | ☑ ja |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor? | ☑ ja |

**Der Standard thematisiert insbesondere**

| | |
|---|---|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | ☑ ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | ☑ ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe? | ☑ ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | ☑ 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? | ☑ ja |

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

| | |
|---|---|
| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? | ☑ ja |

**Der interne Standard thematisiert insbesondere**

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

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

| | |
|---|---|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | ☑ Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 18,3 ml/Patiententag |
| Ist eine Intensivstation vorhanden? | ☑ Ja |
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | ☑ Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | 87,3 ml/Patiententag |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? | ☑ ja |

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

| | |
|---|---|
| Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen 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)? | ☑ ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen 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). | ☑ ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? | ☑ ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen? | ☑ ja |

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Hygienebezogene Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung |
|---|---|---|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | ☑ CDAD-KISS<br>☑ HAND-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 | | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | |

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| | |
|---|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | ☑ ja |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | ☑ ja |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | ☑ ja |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | ☑ ja |

| | | |
|---|---|---|
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ☑ 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 | ☑ Ja | |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | ☑ Ja | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | ☑ ja | Patientenfragebogen mit Freitextfeld, Feedback-Formular auf der Homepage |
| Patientenbefragungen | ☑ ja | |
| Einweiserbefragungen | ☑ ja | Es besteht ein schriftliches Konzept. |

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|---|---|---|---|---|
| B. A. Christina Prünie | Qualitätsmanagement u. Organisationsentwicklung | 0491 85 80400 | 0491 85 80009 | meinungsmanagement@hospital-leer.de |

**Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|---|---|---|---|---|
| Pastorin Susanne Eggert | evangelische Seelsorge, Patientenführsprecherin | 0491 85 29418 | | patientenfuehrsprecher@hospital-leer.de |
| Dr. med. Rudolf Teiser | Patientenführsprecher | 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

| | |
|---|---|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | ja – Arzneimittelkommission |

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

| | |
|---|---|
| Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit | eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit |
| Name | Dr. Andreas Weinbecker |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Unfall- und Wiederherstellungschirugie |
| Telefon | 0491 85 73000 |
| E-Mail | andreas.weinbecker@hospital-leer.de |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---|
| Anzahl Apotheker | 2 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|---|---|---|---|
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | Prozessbeschreibung Medikationsprozess 2020-02-11 | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Dauer und Bedarfsmedikation; BTM-Verordnung 2017-04-07 | |
| 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 | ☑ Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)<br>☑ Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System) | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | ☑ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | ☑ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br>☑ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen<br>☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten | |

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| 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 | Nein | in Kooperation mit der im Hause ansässigen neurologischen Praxis |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie | 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 | |

## 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

Die Notfallstufe des Krankenhauses befindet sich in Planung.

| Notfallstufe des Krankenhauses | Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe | Modul der speziellen Notfallversorgung | Kommentar |
|---|---|---|---|
| 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 2 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

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

**Chefärztinnen/-ärzte**

| | |
|---|---|
| Name | Sven Gerald Wacker |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Innere Medizin und Kardiologie |
| Telefon | 0491 / 85 - 75000 |
| Fax | 0491 / 85 - 75009 |
| E-Mail | sekretariat.innere@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Kirchstraße 61-67 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |

| | |
|---|---|
| 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 |

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

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

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VA01 | Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde | In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis. |
| VA02 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita | In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis. |
| 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 | Schrittmacherimplantation + Nachsorge |
| 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 | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI35 | Endoskopie | auch Kapselendoskopie, Doppelballonenteroskopie |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| 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, Urographie |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis. |
| VR16 | Phlebographie | |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis. |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | In Kooperation mit der im Hause ansässigen radiologischen Praxis. |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 3811 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[1].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| K29 | 245 | Gastritis und Duodenitis |
| J18 | 177 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| I50 | 166 | Herzinsuffizienz |
| I10 | 121 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| K59 | 120 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| J44 | 115 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| A09 | 95 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| K80 | 87 | Cholelithiasis |
| K52 | 86 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| E86 | 77 | Volumenmangel |

## B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 9-984 | 1214 | Pflegebedürftigkeit |
| 1-632 | 872 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 8-930 | 797 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 1-440 | 560 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 1-650 | 463 | Diagnostische Koloskopie |
| 3-225 | 357 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 8-900 | 331 | Intravenöse Anästhesie |
| 5-513 | 306 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 3-222 | 276 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 8-800 | 250 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| AM07 | Privatambulanz | Ambulanz Gastroenterologie&Innere Medizin | | |
| AM07 | Privatambulanz | Ambulanz Kardiologie | | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Ambulanz Gastroenterologie & Innere Medizin | ◦ Radiofrequenzablation (VA00)<br>◦ ERCP mit Steinentfernung und Stenting (VI00)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)<br>◦ Endoskopie (VI35) | Leistungen werden in allen Ambulanzarten erbracht. VI11 = Gastroskopien |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | MVZ Gastroenterologie und Innere Medizin | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Ambulanz Gastroenterologie&Innere Medizin | | |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 1-650 | 122 | Diagnostische Koloskopie |
| 5-452 | 30 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 1-444 | 19 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |

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

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

## B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 20,1 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 20,1 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1 |
| Stationäre Versorgung | 19,1 |
| Fälle je VK/Person | 199,52879 |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 10,1 | Weiterbildungsermächtigungen Basiswissen Innere Medizin (36 Monate): Hr. Dr. Reckels u. Fr. Hojati; Innere Medizin und Gastroenterologie (36 Monate): Hr. Dr. Reckels u. Fr. Hojati; Diabetologie (6 Monate): Hr. Dr. Reckels; Röntgendiagnostik Innere Medizin (12 Monate): Hr. Dr. Reckels |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 1 | |
| Stationäre Versorgung | 9,1 | |
| Fälle je VK/Person | 418,79120 | |
| 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 | |
| **Nr.** | **Zusatz-Weiterbildung** | **Kommentar / Erläuterung** |
| ZF07 | Diabetologie | Zus. Weiterbildung Diabetologie in dem Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin |
| ZF09 | Geriatrie | |
| ZF15 | Intensivmedizin | Zus. Weiterbildung Intensivmedizin in dem Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF34 | Proktologie | Zus. Weiterbildung Proktologie in dem Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | Fachkunde Internistische Röntgendiagnostik in der Inneren Medizin |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 41,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 41,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 41,4 |
| Fälle je VK/Person | 92,05314 |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Fälle je VK/Person | 0,00000 |

| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,57 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,57 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,57 |
| Fälle je VK/Person | 2427,38853 |

| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,50 |
| Fälle je VK/Person | 7622,00000 |

| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 3,0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 3,0 | |
| Fälle je VK/Person | 1270,33333 | |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig |
| 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** |
| ZP03 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

## B-[2].1 Allgemein- und Viszeralchirurgie

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Allgemein- und Viszeralchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

**Chefärztinnen/-ärzte**

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Michael Sevenich |
| 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 | |

| | |
|---|---|
| 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 Ärzten und Ärztinnen

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

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VC06 | Defibrillatoreingriffe | |
| VC14 | Speiseröhrenchirurgie | |
| VC15 | Thorakoskopische Eingriffe | |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | |
| VC20 | Nierenchirurgie | |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | Tumorsprechstunde |
| VC62 | Portimplantation | |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | |
| VR02 | Native Sonographie | |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 1447 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[2].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| K80 | 187 | Cholelithiasis |
| K40 | 178 | Hernia inguinalis |
| K57 | 87 | Divertikulose des Darmes |
| K35 | 83 | Akute Appendizitis |
| R10 | 68 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| K56 | 62 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| K43 | 59 | Hernia ventralis |
| L02 | 53 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| C18 | 44 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| C20 | 35 | Bösartige Neubildung des Rektums |

## B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 8-930 | 329 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-225 | 298 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-932 | 242 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 5-511 | 227 | Cholezystektomie |
| 9-984 | 215 | Pflegebedürftigkeit |
| 5-530 | 185 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 5-541 | 177 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 5-98c | 172 | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme |
| 5-469 | 169 | Andere Operationen am Darm |
| 8-831 | 169 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| AM07 | Privatambulanz | Ambulanz Allgemein- und Viszeralchirurgie | ◦ ambulante proktologische OPs: Hämorrhoiden, Analfissuren, perianale Fisteln, Perianalvenenthrombosen (VX00) | Die aufgeführten Leistungen werden in allen Ambulanzarten durchgeführt. |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | MVZ Allgemein- und Viszeralchirurgie | ◦ Entfernung vergrößerter Lymphknoten, Spaltung von kleineren Eiterherden (Abzessen, Furunkel) (VC00)<br>◦ ambulante OP's von Leisten- und Nabelbrüchen (VC00)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)<br>◦ Entfernung von Geschwülsten aus dem Unterhautfettgewebe (VX00) | Die aufgeführten Leistungen werden in allen Ambulanzen durchgeführt. |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Ambulanz Allgemein- und Viszeralchirurgie | | |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-399 | 40 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-530 | 30 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 1-502 | 28 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision |
| 5-897 | 26 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis |
| 5-493 | 23 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 5-534 | 19 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 5-492 | 12 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals |
| 5-490 | 4 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 5-535 | < 4 | Verschluss einer Hernia epigastrica |
| 5-852 | < 4 | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie |

## 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 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 9,8 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,8 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,5 |
| Stationäre Versorgung | 9,3 |
| Fälle je VK/Person | 155,59139 |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 6,8 | Weiterbildungsermächtigung Common Trunk (24 Monate): Dr. Sevenich, Dr. Dütting, Dr. Weinbecker, Dr. Busching; Allgemeinchirurgie (24 Monate): Dr. Sevenich & Hr. Schinagl |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,8 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0,5 | |
| Stationäre Versorgung | 6,3 | |
| Fälle je VK/Person | 229,68253 | |
| 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 | Zusätzliche Bezeichnung: Facharzt für Chirurgie (Dr. Sevenich/ Herr Schinagl), Arzt für Unfallchirurgie (Dr. Sevenich), Facharzt für Viszeralchirurgie (Herr Schinagl, Herr Sharav), Fachkunde Arzt im Rettungsdienst (Herr Schinagl) |
| AQ13 | Viszeralchirurgie | |
| **Nr.** | **Zusatz-Weiterbildung** | **Kommentar / Erläuterung** |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | Herr Schinagl/ Herr Stepanjan: FK Strahlenschutz - AG Notfalldiagnostik im Rahmen der Erstversorgung + Notfallbehandlung (Extremitäten, Schädel, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen) |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 15,42 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 15,42 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |

| | |
|---|---|
| Stationäre Versorgung | 15,42 |
| Fälle je VK/Person | 93,83916 |

## Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,52 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,52 |
| Fälle je VK/Person | 2782,69230 |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | Fachweiterbildung Onkologische Pflege, Abschluss 2017 |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

## B-[3].1 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1600 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

**Chefärztinnen/-ärzte**

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Andreas Weinbecker |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Unfall- und Wiederherstellungschirurgie |
| Telefon | 0491 / 85 - 60300 |
| Fax | 0491 / 85 - 60109 |
| E-Mail | sekretariat.mvz@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Kirchstraße 61-67 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

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

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

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| 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 | |
| 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 Ellenbogens 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 | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 1497 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[3].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| S06 | 176 | Intrakranielle Verletzung |
| S52 | 132 | Fraktur des Unterarmes |
| S72 | 125 | Fraktur des Femurs |
| S82 | 123 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| M75 | 110 | Schulterläsionen |
| S42 | 94 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| S22 | 63 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| S32 | 60 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| M23 | 50 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| S83 | 43 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |

## B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 9-984 | 289 | Pflegebedürftigkeit |
| 3-200 | 243 | Native Computertomographie des Schädels |
| 5-814 | 208 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 3-203 | 149 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-810 | 149 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 5-794 | 148 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-812 | 141 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-790 | 124 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-787 | 122 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 8-930 | 99 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| AM07 | Privatambulanz | Ambulanz Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | ◦ Injektionstechnik (VC00)<br>◦ Knorpelregeneration mit Hyalart (VC00)<br>◦ ACP Plasma Infiltration (VC00)<br>◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)<br>◦ Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)<br>◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)<br>◦ Septische Knochenchirurgie (VC30)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35) | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | ◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)<br>◦ Fußchirurgie (VO15)<br>◦ Schulterchirurgie (VO19)<br>◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20) | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Ambulanz Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)<br>◦ Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)<br>◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)<br>◦ Septische Knochenchirurgie (VC30)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | und des Unterarmes (VC37)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)<br>◦ Amputationschirurgie (VC63)<br>◦ Wirbelsäulenchirurgie (VC65)<br>◦ Verbrennungschirurgie (VC69) | |
| AM09 | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz | Ambulanz Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)<br>◦ Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)<br>◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)<br>◦ Septische Knochenchirurgie (VC30)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | Oberschenkels (VC39)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)<br>◦ Amputationschirurgie (VC63)<br>◦ Wirbelsäulenchirurgie (VC65)<br>◦ Arthroskopische Operationen (VC66)<br>◦ Verbrennungschirurgie (VC69) | |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | MVZ Chirurgie | ◦ Injetkionstechnik (VC00)<br>◦ Knorpelregeneration mit Hyalart (VC00)<br>◦ ACP Plasma Infiltration (VC00)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | Bewegungsorgane (VO11)<br>◦ Kinderorthopädie (VO12)<br>◦ Spezialsprechstunde (VO13)<br>◦ Endoprothetik (VO14)<br>◦ Fußchirurgie (VO15)<br>◦ Handchirurgie (VO16)<br>◦ Rheumachirurgie (VO17)<br>◦ Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)<br>◦ Schulterchirurgie (VO19)<br>◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)<br>◦ Traumatologie (VO21) | |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-787 | 59 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-812 | 15 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-811 | 10 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-041 | 4 | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven |
| 5-790 | 4 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-810 | < 4 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 5-814 | < 4 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 5-851 | < 4 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-859 | < 4 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 5-788 | < 4 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |

## 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 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 8,4 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,4 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 8,4 | |
| Fälle je VK/Person | 178,21428 | |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 5,3 | Weiterbildungsermächtigung Common Trunk (24 Monate): Dr. Weinbecker, Dr. Dütting, Dr. Sevenich, Dr. Busching; Spezielle Unfallchirurgie (12 Monate): Dr. Weinbecker & Dr. Wiemer; Orthopädie und Unfallchirurgie (12 Monate): Dr. Weinbecker |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,3 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 5,3 | |
| Fälle je VK/Person | 282,45283 | |
| 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 – | Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik für das Organsystem: Skelett; Fachkunde im Strahlenschutz für das Anwendungsgebiet Notfalldiagnostik bei Erwachsenen und Kindern (Dr. Rudolph-Steininger) |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |
| ZF44 | Sportmedizin | |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 13,77 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 13,77 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 13,77 |
| Fälle je VK/Person | 108,71459 |

| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen |
|---|

| | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 0,5 | |
| Fälle je VK/Person | 2994,00000 | |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | Fachweiterbildung Onkologische Pflege, Abschluss 2017 |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

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

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

**Chefärztinnen/-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 Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|---|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | an der Hand |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | an der Hand |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | Knochen- und Weichteillappenplastiken |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | Adipositas, Tumoren, Ästhetik |
| VC60 | Adipositaschirurgie | Straffungsoperationen |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | an der Hand |
| VC68 | Mammachirurgie | Vergrößerung / Verkleinerung / Aufbau |
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| VC70 | Kinderneurochirurgie | Nervenrekonstruktionen |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren | |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VD08 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung | |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut | altersbedingte Hautveränderungen |
| VD11 | Spezialsprechstunde | |
| VD12 | Dermatochirurgie | |
| VD13 | Ästhetische Dermatologie | |
| VD18 | Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen 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 | |
| VH23 | Spezialsprechstunde | chron. Wunden |
| VH26 | Laserchirurgie | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VK31 | Kinderchirurgie | an der Hand |
| VK32 | Kindertraumatologie | an der Hand |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| 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 | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | am Bewegungsapparat |
| VR02 | Native Sonographie | am Bewegungsapparat |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 1060 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[4].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| M72 | 92 | Fibromatosen |
| L03 | 86 | Phlegmone |
| S66 | 85 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand |
| C44 | 83 | Sonstige bösartige Neubildungen der Haut |
| S68 | 51 | Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand |
| G56 | 48 | Mononeuropathien der oberen Extremität |
| S64 | 48 | Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand |
| S62 | 44 | Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand |
| L98 | 38 | Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert |
| M65 | 31 | Synovitis und Tenosynovitis |

## B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-840 | 577 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 5-903 | 493 | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut |
| 5-896 | 451 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-895 | 268 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-892 | 232 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-844 | 199 | Operation an Gelenken der Hand |
| 5-845 | 179 | Synovialektomie an der Hand |
| 5-780 | 151 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch |
| 5-916 | 143 | Temporäre Weichteildeckung |
| 5-842 | 139 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger |

## B-[4].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 Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie | ◦ Plastische Chirurgie (VA15)<br>◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)<br>◦ Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)<br>◦ Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)<br>◦ Arthroskopische Operationen (VC66)<br>◦ Verbrennungschirurgie (VC69)<br>◦ Kinderneurochirurgie (VC70)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | Strahleneinwirkung (VD08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)<br>◦ Spezialsprechstunde (VD11)<br>◦ Dermatochirurgie (VD12)<br>◦ Ästhetische Dermatologie (VD13)<br>◦ Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen (VD18)<br>◦ Wundheilungsstörungen (VD20)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)<br>◦ Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)<br>◦ Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)<br>◦ Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)<br>◦ Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)<br>◦ Laserchirurgie (VH26)<br>◦ Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)<br>◦ Diagnostik und | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | ◦ Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)<br>◦ Fußchirurgie (VO15)<br>◦ Handchirurgie (VO16)<br>◦ Rheumachirurgie (VO17)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15) | |
| AM05 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) | Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie | ◦ Plastische Chirurgie (VA15)<br>◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)<br>◦ Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)<br>◦ Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)<br>◦ Arthroskopische Operationen (VC66)<br>◦ Verbrennungschirurgie (VC69)<br>◦ Kinderneurochirurgie (VC70)<br>◦ Diagnostik und | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | Therapie von Hauttumoren (VD03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)<br>◦ Spezialsprechstunde (VD11)<br>◦ Dermatochirurgie (VD12)<br>◦ Ästhetische Dermatologie (VD13)<br>◦ Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen (VD18)<br>◦ Wundheilungsstörungen (VD20)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)<br>◦ Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)<br>◦ Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)<br>◦ Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)<br>◦ Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)<br>◦ Diagnostik und | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | ◦ Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)<br>◦ Fußchirurgie (VO15)<br>◦ Handchirurgie (VO16)<br>◦ Rheumachirurgie (VO17)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15) | |
| AM07 | Privatambulanz | Ambulanz Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie | ◦ Plastische Chirurgie (VA15)<br>◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)<br>◦ Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive | Verletzungen und Erkrankungen der Hand und der Körperoberfläche. Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | Eingriffe (VC57)<br>◦ Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)<br>◦ Arthroskopische Operationen (VC66)<br>◦ Verbrennungschirurgie (VC69)<br>◦ Kinderneurochirurgie (VC70)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)<br>◦ Spezialsprechstunde (VD11)<br>◦ Dermatochirurgie (VD12)<br>◦ Ästhetische Dermatologie (VD13)<br>◦ Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen (VD18)<br>◦ Wundheilungsstörungen (VD20)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)<br>◦ Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | (VH19)<br>◦ Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)<br>◦ Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)<br>◦ Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)<br>◦ Laserchirurgie (VH26)<br>◦ Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)<br>◦ Fußchirurgie (VO15)<br>◦ Handchirurgie (VO16)<br>◦ Rheumachirurgie (VO17)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15) | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Ambulanz Plastische-, Hand- und Ästhetische Chirurgie | ◦ Handchirurgie (VO16) | Replantationen |
| AM09 | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz | BG-Sprechstunde §37 Verletzungsarten - Verfahren der Hand | ◦ Handchirurgie (VO16) | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Ambulanz Plastische-, Hand- und Ästhetische | | Es werden alle Leistungen durchgeführt die |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | Chirurgie | | unter AM07 aufgelistet werden. |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-056 | 223 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 5-787 | 192 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-840 | 165 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 5-850 | 122 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-790 | 83 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-849 | 63 | Andere Operationen an der Hand |
| 5-780 | 60 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch |
| 5-844 | 52 | Operation an Gelenken der Hand |
| 1-697 | 45 | Diagnostische Arthroskopie |
| 5-845 | 40 | Synovialektomie an der Hand |

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

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

# B-[4].11 Personelle Ausstattung

## B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,7 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,7 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,7 |
| Fälle je VK/Person | 137,66233 |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 5,2 | Weiterbildungsermächtigung: Common Trunk (24 Monate): Hr. Dr. Busching, Hr. Dr. Dütting, Hr. Dr. Weinbecker, Hr. Dr. Sevenich; Handchirurgie in dem Gebiet Chirurgie (36 Monate): Hr. Dr. Busching; Plastische und Ästhetische Chirurgie (48 Monate): Hr. Dr. Busching |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 5,2 | |
| Fälle je VK/Person | 203,84615 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 40,00 |

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

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

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,75 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,75 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,75 |

| | |
|---|---|
| Fälle je VK/Person | 136,77419 |

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,03 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,03 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,03 |
| Fälle je VK/Person | 1029,12621 |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

## B-[5].1 Orthopädische Chirurgie

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Orthopädische Chirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2300 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

**Chefärztinnen/-ärzte**

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Albert Dütting |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Orthopädische Chirurgie und Endoprothetik |
| 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 Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|---|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| 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 | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VO13 | Spezialsprechstunde | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 650 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[5].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| M16 | 163 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| M17 | 101 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M54 | 81 | Rückenschmerzen |
| M51 | 54 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| S72 | 43 | Fraktur des Femurs |
| M48 | 35 | Sonstige Spondylopathien |
| M20 | 31 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen |
| M23 | 26 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| T84 | 24 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| S32 | 12 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

## B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-820 | 201 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 9-984 | 133 | Pflegebedürftigkeit |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-822 | 120 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 8-915 | 90 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 3-802 | 85 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 8-919 | 84 | Komplexe Akutschmerzbehandlung |
| 5-839 | 78 | Andere Operationen an der Wirbelsäule |
| 5-032 | 61 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis |
| 5-788 | 61 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 5-984 | 60 | Mikrochirurgische Technik |

## B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| AM07 | Privatambulanz | Ambulanz Orthopädische Chirurgie | | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Ambulanz Orthopädische Chirurgie | | Wird durch den unfallchirurgischen Dienst mitbetreut. |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | MVZ Orthopädie | ◦ Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)<br>◦ Wirbelsäulenchirurgie (VC65)<br>◦ Arthroskopische Operationen (VC66)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10) | Leistungen werden in allen Ambulanzen erbracht. |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | ◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)<br>◦ Spezialsprechstunde (VO13)<br>◦ Endoprothetik (VO14)<br>◦ Fußchirurgie (VO15)<br>◦ Rheumachirurgie (VO17)<br>◦ Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)<br>◦ Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20) | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Ambulanz Orthopädische Chirurgie | | |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-787 | 16 | Entfernung von Osteosynthesematerial |

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

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

# B-[5].11 Personelle Ausstattung

## B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 4 |
| Fälle je VK/Person | 162,50000 |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 3 | Weiterbildungsermächtigung Common Trunk (24 Monate): Dr. Dütting, Dr. Sevenich, Dr. Weinbecker, Dr. Busching, Orthopädie und Unfallchirurgie (36 Monate) |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 3 | |
| Fälle je VK/Person | 216,66666 | |
| 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 | |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| **Nr.** | **Zusatz-Weiterbildung** | **Kommentar / Erläuterung** |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | Dr. Dütting |
| ZF29 | Orthopädische Rheumatologie | Dr. Dütting |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | Dr. Dütting |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie | Dr. Werner |
| ZF44 | Sportmedizin | Dr. Dütting |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,2 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,2 |
| Fälle je VK/Person | 90,27777 |

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,65 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,65 |
| Fälle je VK/Person | 1000,00000 |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | Fachweiterbildung Onkologische Pflege, Abschluss 2017 |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

## B-[6].1 Urologie und Kinderurologie

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Urologie und Kinderurologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2200 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

**Chefärztinnen/-ärzte**

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Jörg Leifeld |
| 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 Ärzten und Ärztinnen

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

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VG16 | Urogynäkologie | in Kooperation mit der Gynäkologie |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | eigenständige Urologische Radiologie, Cystogramme, Urogramme etc., retrograde Abklärung |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | in Kooperation mit der Inneren Medizin |
| VU00 | Fallkonferenz | Morbidity and Mortality - Koferenz |
| 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 |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 3362 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[6].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| N13 | 1034 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| N20 | 419 | Nieren- und Ureterstein |
| C67 | 288 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| N40 | 216 | Prostatahyperplasie |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| N39 | 120 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| R31 | 113 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie |
| C61 | 90 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| N45 | 90 | Orchitis und Epididymitis |
| N41 | 66 | Entzündliche Krankheiten der Prostata |
| N10 | 62 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |

## B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 8-137 | 1478 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 3-13d | 1227 | Urographie |
| 8-132 | 831 | Manipulationen an der Harnblase |
| 9-984 | 610 | Pflegebedürftigkeit |
| 5-562 | 464 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung |
| 5-573 | 376 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase |
| 1-665 | 352 | Diagnostische Ureterorenoskopie |
| 1-661 | 349 | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 5-550 | 331 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung |
| 5-601 | 326 | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| AM07 | Privatambulanz | Urologische und Kinderurologische Ambulanz | ◦ Behandlung männlicher Inkontinenz (VU00)<br>◦ Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)<br>◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)<br>◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | Die Leistungen VU01, VU02, VU15 finden in Zusammenarbeit mit der im Hause ansässigen Nephrologischen Praxis Dr. Watermeyer, Dr. Hecht, Dr. Kaan, Dr. a Campo statt. die Leistung VU11 findet in Zusammenarbeit mit den im Hause ansässigen Chirurgen statt. |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | | | (VU07)<br>◦ Kinderurologie (VU08)<br>◦ Neuro-Urologie (VU09)<br>◦ Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase (VU10)<br>◦ Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11)<br>◦ Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)<br>◦ Tumorchirurgie (VU13)<br>◦ Spezialsprechstunde (VU14)<br>◦ Dialyse (VU15)<br>◦ Prostatazentrum (VU17)<br>◦ Schmerztherapie (VU18)<br>◦ Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19) | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Urologische und Kinderurologische Ambulanz | | Nur Notfallversorgung! |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Urologische und Kinderurologische Ambulanz | ◦ Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12) | |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-640 | 327 | Operationen am Präputium |
| 5-624 | 34 | Orchidopexie |
| 5-631 | 26 | Exzision im Bereich der Epididymis |
| 5-612 | 25 | Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe |
| 5-611 | 13 | Operation einer Hydrocele testis |
| 5-530 | < 4 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 5-621 | < 4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens |
| 5-630 | < 4 | Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici |
| 5-633 | < 4 | Epididymektomie |

## 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 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 12 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 12 |
| Fälle je VK/Person | 280,16666 |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 10 | Weiterbildungsermächtigung Urologie (60 Monate): Dr. Leifeld; Röntgendiagnostik - dachgebunden - im Gebiet Urologie (12 Monate): Dr. Leifeld |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 10 | |
| Fälle je VK/Person | 336,20000 | |
| 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 | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 19,22 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 19,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 19,22 |
| Fälle je VK/Person | 174,92195 |

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

| | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,43 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,43 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 0,43 | |
| Fälle je VK/Person | 7818,60465 | |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig. |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

## B-[7].1 Gynäkologie und Geburtshilfe

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Fachabteilungsschlüssel | 2400 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

**Chefärztinnen/-ärzte**

| | |
|---|---|
| Name | Bruno Wennemann |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Telefon | 0491 / 85 - 78000 |
| Fax | 0491 / 85 - 78009 |
| E-Mail | sekretariat.gynaekologie@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Kirchstraße 61-67 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Kris Vanhecke |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt Urogynäkologie und minimalinvasive Gynäkologie |
| Telefon | 0491 / 927 - 600 |
| Fax | 0491 / 927 - 9166 |
| E-Mail | sekretariat.gynaekologie@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Bürgermeister-Ehrlenholtz-Str. 1 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

| | |
|---|---|
| Name | Lars Venhoff |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunktbezeichnung für gynäkologische Onkologie und medikamentöse Tumortherapie |
| Telefon | 0491 / 927 - 600 |
| Fax | 0491 / 927 - 6028 |
| E-Mail | sekretariat.gynaekologie@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Bürgermeister-Ehrenholtz-Str. 1 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Gunnar Krause |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunktbezeichnung für gynäkologische Onkologie medikamentöse Tumortherapie und Röntgendiagnostik - Mamma |
| Telefon | 0491 / 927 - 600 |
| Fax | 0491 / 927 - 6028 |
| E-Mail | sekretariat.gynaekologie@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Bürgermeister-Ehrenholtz-Str. 1 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

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

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

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | Teeny-Sprechstunde, Dysplasiesprechstunde, Endometriosesprechstunde, Myomsprechstunde, Urogynsprechstunde |
| VC68 | Mammachirurgie | Durch Dr. Krause bei Mamma-Ca gutartige, Stanzbiopsie. |
| 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 | |
| VG05 | Endoskopische Operationen | diagnostische und therapeutische Gebärmutterhöhlen- sowie Bauchspiegelungen |
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie | Endometriosesanierung (Endometriose = gutartige Wucherung der Gebärmutterschleimhaut); laparoskopische supracervikale und totale Hysterektomie (operative Entfernung der Gebärmutter); sämtliche Operationen der Adnexe (Anhangsgebilde), Adhäsiolysen (Verwachsungen) |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | TVT-O abbrevo /TVT /TVT -Exact (Spannungsfreie Platzierung eines Kunststoffbandes unter d. vord. Teil d. Harnröhre |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | durch Schnellschnittuntersuchungen oder durch Stanzbiopsie gesicherte, stadiengerechte Radikaloperationen sämtlicher Genitalkarzinome |
| VG09 | Pränataldiagnostik und -therapie | Fruchtwasseruntersuchungen; 3D/4D-Ultraschalluntersuchungen; Wassergeburten; Entbindungsmöglichkeit durch eigene Beleghebammen; Vaginale Zwillingsgeburten ab der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche; Betreuung von BEL-Spontangeburten; ETS; Fehlbildungs-Sono; Amniozentese |
| VG10 | Betreuung von Risikoschwangerschaften | MBU gesteuerte fetale Pulsoxymetrie (Blutgasanalyse) bei Risikogeburten |
| VG11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes | |
| VG12 | Geburtshilfliche Operationen | TMV, Cerclage, VE, Forceps |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane | |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes | |
| VG15 | Spezialsprechstunde | |
| VG16 | Urogynäkologie | Blasendruckmessung und Inkontinenzbehandlung |
| VG17 | Reproduktionsmedizin | |
| VG18 | Gynäkologische Endokrinologie | |
| VG19 | Ambulante Entbindung | |
| VK00 | Kinderärztliche Versorgung in Kooperation mit dem Marien Hospital Papenburg Aschendorf gGmbH | |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 2212 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[7].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| Z38 | 699 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort |
| O80 | 335 | Spontangeburt eines Einlings |
| O42 | 147 | Vorzeitiger Blasensprung |
| N81 | 87 | Genitalprolaps bei der Frau |
| O26 | 60 | Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind |
| O82 | 57 | Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] |
| C50 | 48 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |
| O21 | 41 | Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft |
| O68 | 41 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| O64 | 30 | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus |

## B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 9-262 | 720 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen |
| 1-208 | 660 | Registrierung evozierter Potentiale |
| 9-260 | 563 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt |
| 5-758 | 432 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] |
| 8-910 | 182 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 5-730 | 132 | Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie] |
| 5-749 | 114 | Andere Sectio caesarea |
| 5-740 | 103 | Klassische Sectio caesarea |
| 5-704 | 101 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 5-683 | 90 | Uterusexstirpation [Hysterektomie] |

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| AM07 | Privatambulanz | Gynäkologische Ambulanz | ◦ Spiegelung und Ausschabung der Gebärmutter (VX00) | Leistungen werden in allen Ambulanzarten erbracht. Spiegelung: mit fr. Ausschabung ggf. Entfernung von Polypen der Gebärmutterschleimhaut. Ausschabung: nach einer Fehlgeburt; Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe am Gebärmutterhals |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | Gynäkologische Ambulanz | ◦ Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)<br>◦ Endoskopische Operationen (VG05)<br>◦ Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)<br>◦ Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14) | Leistungen werden in allen Ambulanzarten erbracht. Endoskopische Operation = operative Hysteroskopie mit Endometriumablation |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum | MVZ für Gynäkologie | | |

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| | nach § 95 SGB V | | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Gynäkologische Ambulanz | ◦ Marsipulation (Fensterung einer Weichteilzyste) von Barholinischen Zysten oder Abszessen (VG00) | Leistungen werden in allen Ambulanzarten erbracht. |

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

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 1-672 | 87 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 1-471 | 81 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 5-690 | 56 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 5-711 | 21 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) |
| 1-472 | 16 | Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri |
| 5-671 | 10 | Konisation der Cervix uteri |
| 5-691 | 10 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers |
| 5-881 | 7 | Inzision der Mamma |
| 1-694 | 6 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 5-850 | 4 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |

## 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 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 9,7 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0,8 | |
| Stationäre Versorgung | 8,9 | |
| Fälle je VK/Person | 248,53932 | |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 4,3 | Weiterbildungsermächtigung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (60 Monate): Hr. Wennemann; Frauenheilkunde und Geburtshilfe (60 Monate): Dr. Vanhecke & Hr. Venhoff |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,3 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0,8 | |
| Stationäre Versorgung | 3,5 | |
| Fälle je VK/Person | 632,00000 | |
| 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 | Fachkundenachweis Rettungsdienst; Schwerpunktkompetenz Urogynäkologie: Herr Dr. Vanhecke |
| 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 Wennemann |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,2 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,2 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,2 |
| Fälle je VK/Person | 307,22222 |

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 8,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 8,5 |
| Fälle je VK/Person | 260,23529 |

**Entbindungspfleger und Hebammen**

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 6,22 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 6,22 |
| Fälle je VK/Person | 355,62700 |

**Beleghebammen und Belegentbindungspfleger**

| | |
|---|---|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 2 |
| Fälle je VK/Person | 1106,00000 |
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig. |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

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

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Anästhesie,Schmerz- und Operative Intensivmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 3600 |
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |

**Chefärztinnen/-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 Ärzten und Ärztinnen

| | |
|---|---|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 | ◦ Ambulante Anästhesien für die operativen Fachabteilungen des Hauses (VX00) | |
| 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 | ☒ Nein |
| stationäre BG-Zulassung | ☒ Nein |

# B-[8].11 Personelle Ausstattung

## B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 16,7 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 16,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 16,7 | |
| Fälle je VK/Person | | |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen | | |
|---|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 10,2 | Weiterbildungsermächtigung: Anästhesiologie (60 Monate) Dr. Keller |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 10,2 | |
| 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** |
| ZF02 | Akupunktur | |
| ZF15 | Intensivmedizin | Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin | Frau Dr. Erler & Frau Dr. Wiegand |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 43,32 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 43,32 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 43,32 |
| Fälle je VK/Person | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |
| Fälle je VK/Person | |

| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |
| Fälle je VK/Person | |

| Medizinische Fachangestellte | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,4 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,4 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,4 |
| 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 |
|---|---|---|
| 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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | Fachweiterbildung Onkologische Pflege, Abschluß 2017 |
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | |

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

| | |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| Fachabteilungsschlüssel | 2600 |
| Art der Abteilung | Belegabteilung |

**Leitende Belegärztin/Leitender Belegarzt**

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Thomas Günzel |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Belegarzt |
| Telefon | 0491 / 65840 |
| Fax | |
| E-Mail | info@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Steinburgsgang 4 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

| | |
|---|---|
| Name | Dr. med. Johann Jahn |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Belegarzt |
| Telefon | 0491 / 65840 |
| Fax | |
| E-Mail | info@hospital-leer.de |
| Strasse / Hausnummer | Steinburgsgang 4 |
| PLZ / Ort | 26789 Leer |
| URL | |

| | |
|---|---|
| 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 Ärzten und Ärztinnen

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

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| VA02 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren | |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde | |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut | |
| VD12 | Dermatochirurgie | |
| VD13 | Ästhetische Dermatologie | |
| VD18 | Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen | |
| 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 | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |

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

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 780 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

## B-[9].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| J35 | 289 | Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel |
| J34 | 192 | Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen |
| J32 | 115 | Chronische Sinusitis |
| J36 | 18 | Peritonsillarabszess |
| T81 | 18 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| D11 | 10 | Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen |
| K11 | 10 | Krankheiten der Speicheldrüsen |
| H65 | 9 | Nichteitrige Otitis media |
| J38 | 9 | Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert |
| Q18 | 8 | Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses |

## B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|---|---|---|
| 5-215 | 393 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] |
| 5-214 | 263 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums |
| 5-281 | 176 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie) |
| 5-285 | 175 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) |
| 5-200 | 162 | Parazentese [Myringotomie] |
| 5-224 | 113 | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen |
| 5-221 | 37 | Operationen an der Kieferhöhle |
| 5-282 | 35 | Tonsillektomie mit Adenotomie |
| 5-985 | 32 | Lasertechnik |
| 5-222 | 28 | Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle |

## 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

trifft nicht zu / entfällt

# B-[9].11 Personelle Ausstattung

## B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | | |
|---|---|---|
| Anzahl Personen | 3 | Weiterbildungsermächtigungen: Basisweiterbildung im Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (24 Monate): Hr. Dr. Günzel, Hr. Dr. Jahn; Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (12 Monate): Hr. Dr. Günzel, Hr. Dr. Jahn |
| Fälle je VK/Person | 260,00000 | |

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| AQ18 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Zusatzbezeichnung: Stimm- und Sprachstörungen (Belegarzt Dr. Günzel); Zusatzbezeichnung: Plastische Operationen (Belegarzt Dr. Günzel). |

## B-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 7,98 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 7,98 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 7,98 |
| Fälle je VK/Person | 97,74436 |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 3,16 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,16 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 3,16 |
| Fälle je VK/Person | 246,83544 |

**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 Stationen / eines Bereichs | Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege |
| PQ06 | Master | Mitarbeiter ist im Qualitätsmanagement tätig. |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | Fachweiterbildung Onkologische Pflege, Abschluss 2017 |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|
| 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 | Diabetesberatung (DDG) | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP27 | OP-Koordination | |
| 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 | Dokumentationsrate in % | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|
| Herzschrittmacher-Implantation [09/1] | 16 | 100 | |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3] | Datenschutz | Datenschutz | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation [09/4] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel [09/5] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation [09/6] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation [10/2] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen [15/1] | 119 | 101,68 | |
| Geburtshilfe [16/1] | 731 | 100,68 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur [17/1] | 54 | 100 | |
| Mammachirurgie [18/1] | 72 | 100 | |
| Dekubitusprophylaxe [DEK] | 216 | 101,39 | |
| Herzchirurgie [HCH] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation [HCH_AORT_KATH_ENDO] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation [HCH_AORT_KATH_TRAPI] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Kommentar / Erläuterung |
|---|---|---|---|
| Hüftendoprothesenversorgung [HEP] | 212 | 100 | |
| Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP] | 204 | 100 | |
| Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE] | 8 | 100 | |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme [HTXM] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM_MKU] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation [HTXM_TX] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung [KEP] | 105 | 100 | |
| Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP] | 102 | 100 | |
| Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE] | Datenschutz | Datenschutz | |
| Leberlebendspende [LLS] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation [LTX] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie (sog. Neonatalerhebung) [NEO] | 4 | 100 | |
| Nierenlebendspende [NLS] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU] | 263 | 103,42 | |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX] | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

| Qualitätsindikator | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 1058 |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,31 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 % - 0,44 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **181800** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 3,35 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,82 - 0,96 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **50045** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | ja |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,09 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,05 % - 99,12 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 152 / 150 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,68 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,33 % - 99,64 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51397** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 681 / 0 / 1,48 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,59 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **318** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,2 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,99 % - 97,4 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **321** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,23 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 % - 0,24 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 681 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,56 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **330** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,43 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,05 % - 97,76 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51803** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,32 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,09 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 706 / 8 / 5,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,59 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,81 - 3,12 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51831** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 4,69 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,86 - 1,07 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 16 / 0 / 0,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 58,90 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52249** |
| Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 1,24 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 716 / 145 / 216,69 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,67 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,58 - 0,77 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **2195** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | ja |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 6,17 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,82 - 1,09 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51191** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 4,42 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 16 / 0 / 0,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 46,93 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52139** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,83 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 88,63 % - 89,04 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 80 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 54,81 % - 92,95 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52305** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,44 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,37 % - 95,52 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 49 / 48 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,96 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,31 % - 99,64 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **2194** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,67 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Systeme 3. Wahl |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54143** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,69 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 10,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,59 % - 1,78 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 20,39 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Sondendislokation oder -dysfunktion |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52311** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,65 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,56 % - 1,74 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Leitlinienkonforme Systemwahl |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54140** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,59 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,5 % - 98,68 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 15 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 79,61 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Systeme 1. Wahl |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54141** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,8 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,67 % - 96,93 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 15 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 79,61 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Systeme 2. Wahl |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54142** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,1 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,08 % - 0,13 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 20,39 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **101800** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,88 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 3,43 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,86 - 0,89 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 11 / 2,08 |
| Rechnerisches Ergebnis | 5,28 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 3,46 - 6,41 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | A41 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **101801** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,04 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,60 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 % - 1,12 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 16 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 19,36 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **101802** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 56,49 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 56,14 % - 56,85 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 16 / 16 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 80,64 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Leitlinienkonforme Indikation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **101803** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Implantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,55 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,37 % - 93,72 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 / 12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 80 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 54,81 % - 92,95 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51404** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,87 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 4,34 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,75 - 1,01 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52315** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,82 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,64 % - 1,06 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **121800** |
| Leistungsbereich | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,99 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 3,10 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,82 % - 1,2 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **10271** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,83 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 161 / 0 / 2,42 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,55 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54001** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,6 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,53 % - 97,67 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 162 / 162 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,68 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54002** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,81 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,46 % - 94,13 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 8 / 7 |
| Rechnerisches Ergebnis | 87,5 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 52,91 % - 97,76 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Präoperative Verweildauer |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54003** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 12,61 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,35 % - 12,89 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 41 / 8 |
| Rechnerisches Ergebnis | 19,51 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 10,23 % - 34,01 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | A41 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Sturzprophylaxe |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54004** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,88 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,8 % - 96,96 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 164 / 163 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,39 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,63 % - 99,89 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54012** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,25 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 0,98 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 198 / 0 / 5,59 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,67 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54013** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,05 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 % - 0,06 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 163 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 2,30 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54015** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,07 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54016** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,46 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 5,59 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,4 % - 1,51 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54017** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 6,34 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 17,60 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,99 % - 6,71 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 8 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 32,44 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54018** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,45 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 11,06 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,29 % - 4,63 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54019** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,33 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 7,45 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,26 % - 2,4 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 162 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 2,32 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54120** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,25 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,07 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **191914** |
| Leistungsbereich | Hüftendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,02 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |

| Qualitätsindikator | Präoperative Verweildauer |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54030** |
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 12,75 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,48 % - 13,03 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 54 / 12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 22,22 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 13,20 % - 34,94 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | A41 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54033** |
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,17 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,03 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54042** |
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,94 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 2,15 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,97 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 54 / 0 / 5,29 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,68 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54046** |
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 1 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf<LF><LF>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen sowie des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Sturzprophylaxe |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54050** |
| Leistungsbereich | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,85 % - 97,15 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 46 / 46 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,29 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54123** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,26 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 4,70 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,2 % - 1,31 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 102 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 3,63 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54124** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,97 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 3,73 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 % - 1,02 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54125** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,25 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 13,45 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,92 % - 4,6 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54127** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 % - 0,05 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 91 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 4,05 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54128** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,75 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 98,46 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,73 % - 99,78 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 73 / 73 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,00 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **50481** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,34 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 11,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,05 % - 3,66 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54020** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,95 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,87 % - 98,02 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 92 / 92 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,99 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Indikation zur unikondylären Schlittenprothese |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54021** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,63 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,39 % - 96,86 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 72,25 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54022** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 94,02 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,61 % - 94,41 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| **Qualitätsindikator** | **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung** |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **54028** |
| Leistungsbereich | Knieendoprothesenversorgung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,91 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 4,24 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 - 0,98 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 103 / 0 / 0,63 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 5,91 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Primäre Axilladissektion bei DCIS |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **2163** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,11 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 % - 0,22 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 7 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 35,43 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **50719** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,88 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 6,33 % (80. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,35 % - 5,48 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 7 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 35,43 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51370** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,31 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ⇐ 13,55 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,16 % - 3,46 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 44 / 4 |
| Rechnerisches Ergebnis | 9,09 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 3,59 % - 21,16 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51846** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,68 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,56 % - 97,78 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 52 / 52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,12 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **51847** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,93 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,74 % - 97,11 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 19 / 19 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 83,18 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | HER2-Positivitätsrate |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52268** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 12,96 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,71 % - 13,22 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 45 / 6 |
| Rechnerisches Ergebnis | 13,33 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 6,26 % - 26,18 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52279** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,81 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,68 % - 98,94 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 13 / 13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **52330** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH, QS-Planung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,45 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,33 % - 99,54 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 72,25 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

| Qualitätsindikator | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS |
|---|---|
| **Kennzahl-ID** | **211800** |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | QSKH |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,65 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,93 % - 99,09 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 51 / 48 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,12 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 84,08 % - 97,98 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U33 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf<LF><LF>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |

## 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 § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

## C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Ausnahmetatbestand | Kommentar/Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus | 10 | 8 | Erstmalige Erbringung einer mindesmengenrelevanten Leistung (MM06) | |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas | 10 | 21 | | |
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 92 | | |

## C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| Leistungsbereich | Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus |
|---|---|
| Gesamtergebnis der Prognosedarlegung | ja |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge | 8 |
| die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 10 |
| Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen | ja |
| Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) | Ja |
| Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden | Nein |
| Übergangsregelung | Ja |

| Leistungsbereich | Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas |
|---|---|
| Gesamtergebnis der Prognosedarlegung | ja |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge | 21 |
| die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 21 |

| | |
|---|---|
| Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen | ja |
| Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) | Nein |
| Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden | Nein |
| Übergangsregelung | Nein |

| Leistungsbereich | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
|---|---|
| Gesamtergebnis der Prognosedarlegung | ja |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge | 92 |
| die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 71 |
| Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen | ja |
| Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) | Nein |
| Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden | Nein |
| Übergangsregelung | Nein |

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 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) | 51 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 40 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 32 |

(*) 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 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt