



SRH Krankenhaus Oberndorf a.N.

Strukturierter Qualitätsbericht 2022

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	12
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	13
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	14
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	14
A-11.2	Pflegepersonal	15
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-12.1	Qualitätsmanagement	17
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	17
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	21
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	26
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	26
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	29
A-13	Besondere apparative Ausstattung	30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	30

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	30
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	31
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-[1]	Innere Medizin	33
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	34
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	34
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	37
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	38
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	40
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	40
B-[1].11	Personelle Ausstattung	41
B-[2]	Allgemeine Chirurgie	43
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	48
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[2].11	Personelle Ausstattung	50
C	Qualitätssicherung	53
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	53
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	53
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	54
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	83
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen	83

	(DMP) nach § 137f SGB V		
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	83
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	88
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	88
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	.....	89
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	89
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	89
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	90
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	90
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	90
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	91
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	92

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit GmbH

Einleitung

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

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Andor Toth
Telefon	07423 813 222
E-Mail	Andor.Toth@srh.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QMB
Titel, Vorname, Name	Aline Pletitsch
Telefon	07423 813 210
E-Mail	Aline.Pletitsch@srh.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.krankenhaus-oberndorf.de
--	---

Im Mittelpunkt unseres gesamten Leistungsangebotes steht die bestmögliche Versorgung der Patienten/innen im Rahmen unseres Versorgungsauftrages, die bei bestimmten medizinischen Anforderungen auch die Einbeziehung externer Kooperationspartner umfasst. Mit den niedergelassenen Ärzten sowie den weiteren Leistungsanbietern im sozialen Bereich unseres Einzugsgebietes erfolgt eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Alle Bemühungen in der Behandlung der Patienten/innen zielen darauf ab, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes herbeizuführen. In den Fällen, in denen eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist, liegt der Fokus in einer Linderung der Symptome bzw. dem Ermöglichen eines würdigen Ablebens. Der gesamte Aufenthalt im Krankenhaus soll so angenehm als möglich gestaltet werden, was neben der medizinischen Versorgung vor allem auch den Patientenservice beinhaltet, um durch Zufriedenheit und Sicherheit zu einem allgemeinen Wohlbefinden beizutragen.

Die Verpflichtung zur Erbringung qualitativ hochwertiger und dabei aber auch wirtschaftlicher Leistungen, unter Einhaltung aktueller Qualitätsstandards und medizinischer Leitlinien, ist unsere oberste Zielsetzung. Dabei ist auch der transparente Umgang mit den Ergebnissen der Arbeit wichtig. Wir legen großen Wert darauf, dass sich jeder unserer Mitarbeiter/innen mit ihren Aufgaben identifiziert und zu deren Erfüllung ihre ganze Kraft und ihr berufliches Können einsetzt. Dazu wird die berufliche Weiterentwicklung und Qualifizierung der Beschäftigten durch zielgerichtete Fort- und Weiterbildung intensiv gefördert.

Gegenseitige menschliche Achtung, Unterstützung sowie Anerkennung sind für uns wichtige Eckpfeiler für die tägliche Arbeit im Team und über die Berufsgruppen hinweg. Durch das betriebliche Vorschlagswesen werden die Mitarbeiter/innen dazu ermuntert Vorschläge für ein patientengerechtes und wirtschaftliches Arbeiten zu platzieren und dadurch Initiative und Verantwortung zu übernehmen.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	SRH Krankenhaus Oberndorf a.N.
PLZ	78727
Ort	Oberndorf a.N.
Straße	Uhlandstr.
Hausnummer	2
IK-Nummer	260831049
Standort-Nummer	773281000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	07423
Telefon	8130
E-Mail	info.kob@srh.de
Krankenhaus-URL	http://www.krankenhaus-oberndorf.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Andor Toth
Telefon	07423 813 222
E-Mail	Andor.Toth@srh.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere
Titel, Vorname, Name	Dr. Roland Praßler
Telefon	07423 813 225
Fax	07423 813 202
E-Mail	roland.prassler@srh.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektion
Titel, Vorname, Name	Elke Graf
Telefon	07423 813 350
E-Mail	Elke.Graf@srh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	SRH Kliniken GmbH
Träger-Art	privat

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Die Kombination aus Gastroenterologie (Chefarzt Innere Medizin) und Viszeralchirurgie (Chefarzt Chirurgie) ergibt eine Spezialisierung im Bereich der Magen-/Darmerkrankungen.

Allerdings handelt es sich nicht um einen offiziell ausgewiesenen Versorgungsschwerpunkt.

Weitere fachabteilungsübergreifende, medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

1. Anästhesie

(Tel. 07423/813-722)

Dieser Aufgabenbereich umfasst die Durchführung aller modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie für stationäre und ambulante Eingriffe mit den Fachrichtungen Unfall-, Bauch- und Gefäßchirurgie, Orthopädie, Augenheilkunde sowie HNO.

Unsere Abteilung führt Narkosen bei Patienten aller Altersgruppen durch, darunter auch Anästhesien bei Kindern unter sechs Jahren. Dabei werden alle wichtigen und modernen anästhesiologischen Techniken und Verfahren angewendet.

Gemeinsam mit den internistischen und chirurgischen Kollegen betreuen wir die interdisziplinäre Intensivüberwachungseinheit.

Wichtig ist uns die nach modernen medizinischen Erkenntnissen angewandte schmerztherapeutische Betreuung.

2. Physikalische Therapie, Massagen und Krankengymnastik

Leitung: Patricia Fritz (Tel.: 07423/813-259)

Wir bieten alle gängigen Leistungen sowohl stationär als auch ambulant an (einschl. gerätegestützter Gymnastik und Chirogymnastik). Die besonderen und vor allem auch individuellen Leistungen können jederzeit erfragt werden.

3. Kurzzeitpflege (18 Betten, außerhalb des stationären Bereichs). Ab April wurde die Kurzzeitpflege zur "Coronastation" umfunktioniert um für die erkrankten Patienten mehr Kapazität zu schaffen. Aus der Kurzzeitpflege wurde eine "eingestreute" Kurzzeitpflege, in diese wurden Patienten übernommen deren Versorgung zu Hause nicht gesichert werden konnte. Seit April 2020 werden keine auswärtigen Menschen in die Kurzzeitpflege mehr aufgenommen.

Leitung: Beate Glatthaar (Tel.: 07423/813-245)

Wir bieten Personen, die häuslicher Pflege bedürfen, zeitlich begrenzte stationäre Pflege und Betreuung an. Die Versorgung erfolgt durch voll ausgebildete Kräfte in einem abgegrenzten Bereich des Krankenhauses.

Weitere, detaillierte Informationen können unserer Informationsbroschüre entnommen werden.

4. Krankenpflegeschule

Leitung: Christel Rosenberg (Tel.: 07423/813-258)

Wir bieten die 3-jährige Ausbildung zum/r Pflegefachmann/Pflegefachfrau an.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
2	MP37 - Schmerztherapie/-management
3	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
<i>nähere Informationen durch Stationspersonal und Flyer (u.a. Sturzprophylaxe, etc.)</i>	
4	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
5	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
6	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
7	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
8	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
<i>Vorträge, Führungen durchs Krankenhaus z.B. für Kindergarten, Grundschule</i>	
9	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
10	MP69 - Eigenblutspende
11	MP51 - Wundmanagement
12	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
13	MP63 - Sozialdienst
14	MP06 - Basale Stimulation
<i>wird beim Waschen der Patienten durchgeführt</i>	

Med.pfleg. Leistungsangebot

15 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie

16 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

Lagerungen bei Hemiplegie

17 MP01 - Akupressur

18 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

Anleitung zu pflegerischen Verrichtungen

19 MP04 - Atemgymnastik/-therapie

20 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

21 MP21 - Kinästhetik

22 MP24 - Manuelle Lymphdrainage

23 MP25 - Massage

24 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung

25 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

26 MP18 - Fußreflexzonenmassage

27 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

Leihweise werden Gehhilfen ausgegeben

28 MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden

Trauerbegleitung, Abschiedsraum

29 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung

Rehabilitationsberatung

30 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

Diabetesberaterin (DDG), Wundfachtherapeut (ICW), Stomaexpertin, Pain Nurse

31 MP53 - Aromapflege/-therapie

Aromapflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>155,00 € pro Tag</i>
2	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>53,55 € pro Tag</i>
3	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>78 € pro Tag</i>
4	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
5	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>z.B. Diabetesvorträge</i>
6	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Diabetesgruppen</i>
7	NM63: Schule im Krankenhaus <i>eigene Berufsfachschule für Pflege zur Ausbildung von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern</i>
8	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Standardmäßig gibt es zur normalen Vollkost die Auswahlmöglichkeit für vegetarische oder kohlenhydratreduzierte Kost. Weitere Ernährungsgewohnheiten wie jüdisch/muslimisches oder veganes Essen sowie spezielle Wunschkost sind möglich.</i>
9	NM68: Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienst
Titel, Vorname, Name	Biserka Faller
Telefon	07423 813 0
Fax	07423 727 5
E-Mail	Biserka.Faller@srh.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
2	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
3	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
4	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
7	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
8	BF24 - Diätetische Angebote
9	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
10	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
11	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
12	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
13	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Unsere Chefarzte bieten im Rahmen ihrer Weiterbildungsermächtigungen folgende Möglichkeiten an:

Innere Medizin

WBO 1995

Innere 5 Jahre

davon Gastroenterologie 1 Jahr

WBO 2006

Innere (Basis) 3 Jahre (voll)

Gastroenterologie 2,5 Jahre

Internistische Intensivmedizin 1 Jahr

Chirurgie

2 Jahre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

- 1 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	120
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	4832
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	8611
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				26,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,72	Ohne	3,66
Versorgungsform	Ambulant	2,13	Stationär	24,25
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				16,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,85	Stationär	14,83

A-11.2 Pflegepersonal

Die angegliederte Krankenpflegeschule hat 40 Ausbildungsplätze zum/r Gesundheits- und Krankenpflegerin. Erfreulicherweise existiert eine rege Nachfrage, so dass die Ausbildungsplätze fast jedes Jahr voll belegt sind. Wir freuen uns, wenn wir auch entsprechend unserem Ziel, ausgebildete Fachkräfte aus der Krankenpflegeschule übernehmen können.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				78,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	70,15	Ohne	8,02
Versorgungsform	Ambulant	4,98	Stationär	73,19
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				2,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,59
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,02
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,02

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

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

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				3,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,08	Stationär	2,72

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				0,84
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,84	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,84

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				1,55
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,55	Stationär	1

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

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

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				0,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,59

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				2,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,76	Stationär	2

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				3,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,03

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Andor Toth
Telefon	07423 813 222
E-Mail	Andor.Toth@srh.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Verwaltung, Qualitätsmanagement, betroffene Bereiche
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	RM03: Mitarbeiterbefragungen
3	RM06: Sturzprophylaxe <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Allgemeine Pflege Expertenstandard-Sturz, Anlage zum Expertenstandard-Sturz, Flyer Patienteninformation zur Sturzvermeidung Letzte Aktualisierung: 22.07.2022
4	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard-Dekubitusprophylaxe in der Pflege Letzte Aktualisierung: 28.07.2021
5	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
6	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
7	RM18: Entlassungsmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB-Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 10.02.2022
8	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB 1.4.6 Risiko- und ChancenmanagementPB 1.0.9 Chancen- und Risikobericht Letzte Aktualisierung: 14.08.2023
9	RM04: Klinisches Notfallmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB NotfallmanagementStandard-Innerklinische ReanimationStandard-PostreanimationsbehandlungStandard-Reanimation auf ITS-IMC Letzte Aktualisierung: 14.09.2022
10	RM05: Schmerzmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB 5.0.1 PCA-SchmerzkatheterVA 5.0.3 Periphere Regionalanästhesie Letzte Aktualisierung: 11.11.2022

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
11	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Allgemeine Pflege-Freiheitsentziehende MaßnahmenAllgemeine Pflege-Fixierungsprotokoll Letzte Aktualisierung: 02.10.2023
12	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: MT-HO Handout Störmeldungen MedizintechnikPB InstandhaltungPB Wartung in Eigenleistung (Haustechnik) Letzte Aktualisierung: 22.07.2022
13	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
14	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP.-Statut Letzte Aktualisierung: 21.03.2023
15	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Durchführungsanweisung OP- SicherheitschecklisteVA 5.0.1 AnästhesievorbereitungsgesprächVA 5.0.8 Ambulante Patienten in der AnästhesiePB 4.0.1 AnamnesePB 4.0.2 Chirurgische Aufklärung Letzte Aktualisierung: 02.10.2023
16	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Anwendung PatientenarmbandPB Anwendung PatientenarmbandKOB Durchführungsanweisung OP- Sicherheitscheckliste Letzte Aktualisierung: 13.09.2023
17	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Ablauf-AWRCCell-Saver-Verfahrensanleitung Letzte Aktualisierung: 18.10.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Qualitätszirkel
- Andere: Antibiotikakonferenz; Hygienekommission

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: monatlich
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 11.08.2022

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Umfangreiche Maßnahmen z.B. im Bereich Hygiene, OP, Pflege, Medizintechnik, Patientenarmbänder, regelmäßige interne Audits zur Patientensicherheit, Kontrolle der Checklisten und Schulungen von Mitarbeitern (Auswärts, vor Ort oder durch das CNE-Portal/Integrity-Portal)

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

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

Genutzte Systeme

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
---------------------------------------	-----------

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	0
----------------------	---

Erläuterungen	extern vergeben
---------------	-----------------

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Ja
--	----

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Ja
--	----

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Ja
--	----

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
--	----

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich
--	--------------

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
-------------------------------	----------

Titel, Vorname, Name	Dr. med. Matthias Dornheckter
----------------------	-------------------------------

Telefon	07423 813 203
---------	---------------

E-Mail	matthias.dornheckter@srh.de
--------	-----------------------------

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortsspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortsspezifische 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

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	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

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.4 Händedesinfektion
Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja
--	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	38
---	----

Intensivstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	111
--	-----

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
2	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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Gold
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: quartalsweise
4	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Andor Toth
Telefon	07423 813 222
Fax	07423 813 7275
E-Mail	Andor.Toth@srh.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
------------------	-----------------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	---

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Externe Betreuung

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
2	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB 1.4.6 Risiko- und ChancenmanagementPB 1.0.9 Chancen- und Risikobericht Letzte Aktualisierung: 14.08.2023
3	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
5	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB 1.4.6 Risiko- und ChancenmanagementPB 1.0.9 Chancen- und Risikobericht Letzte Aktualisierung: 14.08.2023

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Regelmäßige Kontrollen der Dokumentationen in Bezug auf die Arzneimittelgabe.

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen? Nein

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Untersuchungen, Operationen und Therapien, die wir selber nicht anbieten können, wie z.B. Herzkatheter oder neurologische Untersuchungen werden im Rahmen sogenannter "auswärtiger Untersuchungen" erbracht. Diese erfolgen in Zusammenarbeit mit Kliniken, Praxen und Therapeuten in der Umgebung. Dadurch gewährleisten wir ein breites Behandlungsspektrum für unsere Patienten.

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja

Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

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

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

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

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
--	----

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Ja
---	----

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin



Dr. Roland Praßler

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Roland Praßler
Telefon	07423 813225
Fax	07423 813202
E-Mail	sekretariat.Innere.kob@srh.de
Strasse	Uhlandstr.
Hausnummer	2

PLZ	78727
Ort	Oberndorf a.N.
URL	http://www.krankenhaus-oberndorf.de

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

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

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

Wir diagnostizieren und behandeln alle internistischen Erkrankungen nach modernsten Gesichtspunkten. Dank Überwachungsgeräten der neuesten Generation und Betreuung durch qualifiziertes Personal werden alle Patienten (einschl. Notfällen) rund um die Uhr sofort versorgt und, falls erforderlich, wiederbelebt und künstlich beatmet.

Behandlungsschwerpunkte sind:

Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (u.a. Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen)

- ◆ Erkrankungen von Magen, Darm, Leber und Galle (Gastroenterologie)
- ◆ Lungenerkrankungen
- ◆ Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus): spezielle Schulung und Betreuung durch ausgebildete Kräfte (Ärzte, Diabetesberaterin, Diabetesassistentin, vgl. extra Broschüre)
- ◆ Intensivmedizin

Mittels moderner Ultraschall- und Farbdopplergeräte werden Bauchraum, Schilddrüse sowie das Herz und sämtliche Gefäße untersucht. Zur Ausstattung gehören beispielsweise auch Stressechocardiographie (Herzultraschalluntersuchung unter Belastung) und Bodyplethysmographie (große Lungenfunktionsuntersuchung). Alle endoskopischen Untersuchungen einschließlich kleinerer operativer Eingriffe werden durch erfahrene Fachärzte durchgeführt (u.a. Polypabtragungen, Gallengangsteinentfernungen, Stenteinlagen, Laserbehandlungen, Verödung von Blutungen, Aufdehnung von Engstellen). Der Inneren Abteilung sind ein umfangreiches Labor und eine Röntgen- und Durchleuchtungseinrichtung angegliedert.

Ebenfalls angeschlossen ist eine interdisziplinäre Intensivüberwachungseinheit, die gemeinsam durch Anästhesisten, Internisten und Chirurgen betreut wird.

Neben der Teilnahme an einschlägigen Qualitätssicherungsmaßnahmen nimmt die Innere Medizin jeweils an der bundesweiten Herzwoche teil.

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI35 - Endoskopie
- 2 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 3 VI39 - Physikalische Therapie
- 4 VI42 - Transfusionsmedizin
- 5 VI40 - Schmerztherapie
- 6 VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 7 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 8 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 9 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 10 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 11 VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 12 VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
- 13 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
- 14 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 15 VR16 - Phlebographie
- 16 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 17 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 18 VR02 - Native Sonographie
- 19 VR04 - Duplexsonographie
- 20 VR06 - Endosonographie
- 21 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 22 VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
- 23 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 24 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 25 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 26 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 27 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 28 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 29 VC71 - Notfallmedizin
- 30 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

Medizinische Leistungsangebote

- 31 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 32 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 33 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 34 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 35 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 36 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 37 VI20 - Intensivmedizin
- 38 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 39 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 40 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 41 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 42 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 43 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 44 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 45 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien

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

Vollstationäre Fallzahl	3148
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	355
2	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	150
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	134
4	E86	Volumenmangel	119
5	R55	Synkope und Kollaps	95
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	85
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	84
8	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	81
9	A41	Sonstige Sepsis	76
10	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	66

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1325
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	750
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	650
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	514
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	330
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	325
7	1-653	Diagnostische Proktoskopie	316
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	299
9	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	275
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	262

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	vor und nachstationäre Leistungen

B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
2	Notfallambulanz	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
3	Notfallambulanz	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Notfallambulanz	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	Notfallambulanz	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
6	Notfallambulanz	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
7	Notfallambulanz	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8	Notfallambulanz	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	Notfallambulanz	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
10	Notfallambulanz	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
11	Notfallambulanz	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
12	Notfallambulanz	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
13	Notfallambulanz	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
14	Notfallambulanz	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
15	Notfallambulanz	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
16	Notfallambulanz	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
17	Notfallambulanz	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	Notfallambulanz	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
19	Notfallambulanz	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

#	Ambulanz	Leistung
20	Notfallambulanz	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
21	Notfallambulanz	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
22	Notfallambulanz	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
23	Notfallambulanz	VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
24	Notfallambulanz	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
25	Notfallambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
26	Notfallambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
27	Notfallambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
28	Notfallambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
29	Notfallambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
30	Notfallambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
31	Notfallambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
32	Notfallambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
33	Notfallambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
34	Notfallambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
35	Notfallambulanz	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
36	Notfallambulanz	VR04 - Duplexsonographie
37	Notfallambulanz	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
38	Notfallambulanz	VO14 - Endoprothetik
39	Notfallambulanz	VI35 - Endoskopie
40	Notfallambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
41	Notfallambulanz	VO16 - Handchirurgie
42	Notfallambulanz	VI20 - Intensivmedizin
43	Notfallambulanz	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

#	Ambulanz	Leistung
44	Notfallambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
45	Notfallambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
46	Notfallambulanz	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
47	Notfallambulanz	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
48	Notfallambulanz	VR02 - Native Sonographie
49	Notfallambulanz	VC71 - Notfallmedizin
50	Notfallambulanz	VI39 - Physikalische Therapie
51	Notfallambulanz	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
52	Notfallambulanz	VC62 - Portimplantation
53	Notfallambulanz	VI40 - Schmerztherapie
54	Notfallambulanz	VO19 - Schulterchirurgie
55	Notfallambulanz	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
56	Notfallambulanz	VI42 - Transfusionsmedizin
57	Notfallambulanz	VO21 - Traumatologie
58	Notfallambulanz	VD20 - Wundheilungsstörungen
59	Privatambulanz	VI00 - („Sonstiges“)

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	145
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	70
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	34

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-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		17,59	Fälle je VK/Person	183,44989
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,93	Ohne	3,66
Versorgungsform	Ambulant	0,43	Stationär	17,16
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		11,12	Fälle je VK/Person	283,093536
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,12

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ03 - Arbeitsmedizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Auszubildende der Krankenpflegeschule sind hier nicht enthalten.

Das Personal der interdisziplinären Intensivstation wurde entsprechend der Belegung auf die Abteilungen angerechnet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		51,59	Fälle je VK/Person	67,53915
Beschäftigungsverhältnis	Mit	46,24	Ohne	5,35
Versorgungsform	Ambulant	4,98	Stationär	46,61
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		2,59	Fälle je VK/Person	1215,44409
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,59
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,99	Fälle je VK/Person	1581,90955
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,99

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ13 - Hygienefachkraft
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik

B-[2] Allgemeine Chirurgie



Dr. Matthias Dornhecker

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 1500 - Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Matthias Dornhecker
Telefon	07423 813230
Fax	07423 813203
E-Mail	sekretariat.chirurgie@kob.srh.de
Strasse	Uhlandstr.
Hausnummer	2
PLZ	78727
Ort	Oberndorf a.N.
URL	http://www.krankenhaus-oberndorf.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

Es werden sowohl die operativen als auch die konservativen Behandlungsmethoden nach modernen medizinischen Erkenntnissen durchgeführt.

Neben dem vollstationären Bereich bieten wir auch die ambulante Behandlung sowie ambulante Operationen an. Selbstverständlich ist die Notfallversorgung und ggf. die Intensivbehandlung rund um die Uhr sichergestellt.

Daneben besteht die Gewähr, dass bei uns immer ein Facharzt (Chef- oder Oberarzt) operiert.

Auch eine moderne Röntgeneinrichtung ist der Chirurgie angegliedert.

Schwerpunkte der Abteilung sind:

- ◆ Endoskopische Operationen (sogenannte „Schlüssellochchirurgie“) wie Gallenblasenerkrankungen, Blinddarmentzündungen, Leistenbrüche sowie gutartige und bösartige Erkrankungen des Darmes
- ◆ Allgemeinchirurgische Operationen wie z.B. Darm-, Magen-, Kropf-, Gallenblasen-Leistenbruch- und Bauchdeckenbruchoperationen (Hernien); speziell auch Hämorrhoiden und andere proktologische Erkrankungen
- ◆ Operationen bei Tumorerkrankungen
- ◆ Unfallchirurgische Operationen wie z.B. des Hand-, Sprung- und Hüftgelenkes (einschließlich der Totalendoprothese und externer Fixateur), Brüche der Arme und Beine sowie die gesamte konservative Knochenbruchbehandlung
- ◆ Handchirurgische Eingriffe wie Karpaltunnelspaltungen, Ringbandspaltungen, Arthrodese der Fingergelenke, Ganglionexstirpation, Excision Palmarfascie
- ◆ Fußchirurgie mit Korrektur Hallux valgus, Hallux rigidus und Fersensporn
- ◆ Arthroskopie Knie mit Meniskus-Op und Schulter-Arthroskopie mit endoskopischer Dekompression
- ◆ Gefäßchirurgische Eingriffe wie z.B. Carotis-Chirurgie (Halsschlagader), periphere Bypass-Chirurgie sowie Shuntchirurgie
- ◆ Ambulantes Operieren
- ◆ Ambulante Behandlung wie z.B. berufsgenossenschaftliche Behandlung von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen, Erst- und Nachbehandlung von Knochenbrüchen, Sehnen und Weichteilverletzungen

- ♦ Orthopädische Operationen bieten wir im Rahmen der integrierten Versorgung zusammen mit der orthopädischen Facharztpraxis, der Orthoklinik Rottweil. Vorwiegend handelt es sich um arthroskopische Eingriffe an Sprunggelenk, Knie-, Ellenbogen- und Schultergelenk. Daneben werden durch die Gemeinschaftspraxis auch Vorfußkorrekturen (Hallux Valgus) durchgeführt.

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 2 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 3 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 4 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 5 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
- 6 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 7 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 8 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 9 VC68 - Mammachirurgie
- 10 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 11 VC66 - Arthroskopische Operationen
- 12 VC71 - Notfallmedizin
- 13 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 14 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 15 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 16 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 17 VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
- 18 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 19 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 20 VU18 - Schmerztherapie
- 21 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 22 VR15 - Arteriographie
- 23 VR04 - Duplexsonographie
- 24 VO16 - Handchirurgie
- 25 VO15 - Fußchirurgie
- 26 VO14 - Endoprothetik
- 27 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

#	Medizinische Leistungsangebote
28	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
29	VR02 - Native Sonographie
30	VO21 - Traumatologie
31	VC30 - Septische Knochenchirurgie
32	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
33	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
34	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
35	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
36	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
37	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
38	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
39	VC21 - Endokrine Chirurgie
40	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
41	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
42	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
43	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
44	VC24 - Tumorchirurgie
45	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
46	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
47	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
48	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
49	VC59 - Mediastinoskopie
50	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
51	VC63 - Amputationschirurgie
52	VC62 - Portimplantation
53	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
54	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
55	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
56	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
57	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
58	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Medizinische Leistungsangebote

- 59 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 60 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 61 VC58 - Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl	1684
-------------------------	------

Teilstationäre Fallzahl	0
-------------------------	---

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	280
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	237
3	K40	Hernia inguinalis	100
4	K80	Cholelithiasis	89
5	S72	Fraktur des Femurs	77
6	S52	Fraktur des Unterarmes	68
7	M75	Schulterläsionen	54
8	K35	Akute Appendizitis	51
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	49
10	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	45

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-401	Psychosoziale Interventionen	522
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	488
3	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	408
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	329
5	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	285
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	272
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	255
8	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	236
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	227
10	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	170

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Verfahren bei Arbeitsunfällen, berufsgenossenschaftliche Ambulanz
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	vor- und nachstationäre Behandlungen

B-[2].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	D-Arzt Verfahren bei Arbeitsunfällen, berufsgenossenschaftliche Ambulanz	VC71 - Notfallmedizin
2	Notfallambulanz	VC71 - Notfallmedizin
3	Privatambulanz	VI00 - („Sonstiges“)
4	vor- und nachstationäre Behandlungen	VC66 - Arthroskopische Operationen
5	vor- und nachstationäre Behandlungen	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
6	vor- und nachstationäre Behandlungen	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

#	Ambulanz	Leistung
7	vor- und nachstationäre Behandlungen	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie

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

Daneben werden unsere OP-Räume von niedergelassenen Fachärzten zu ambulanten Operationen genutzt:

Augenarzt Dr. Sucker
(Tel.: 07423/2546)
Hauptsächlich Katarakt-Operationen

Weitere ambulante Operationen werden im Rahmen der Ermächtigung des Chefarztes erbracht.

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	28
2	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	13
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	12
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	6
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,79 ¹⁾	Fälle je VK/Person	237,517624
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,7	Stationär	7,09

1) 8,79

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,56	Fälle je VK/Person	453,908356
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,85	Stationär	3,71

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie <i>über integrierte Versorgung</i>
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie
4	AQ07 - Gefäßchirurgie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Auszubildende der Krankenpflegeschule sind hier nicht enthalten.

Das Personal der interdisziplinären Intensivstation wurde entsprechend der Belegung auf die Abteilungen angerechnet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		26,58	Fälle je VK/Person 63,35591	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,91	Ohne	2,67
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	26,58
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,03	Fälle je VK/Person 1634,95154	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,03

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ13 - Hygienefachkraft
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
5	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP03 - Diabetes

C Qualitätssicherung

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	28
----------	----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	28
----------------------------	----

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	108
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	108
----------------------------	-----

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	273
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	273
----------------------------	-----

HEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	272
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	272
----------------------------	-----

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	288
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	288
----------------------------	-----

KEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	284
----------	-----

Dokumentationsrate	100
--------------------	-----

Anzahl Datensätze Standort	284
----------------------------	-----

KEP_WE - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	161
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	161

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,2 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,9 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Einheit	%
Bundesergebnis	13,49

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

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

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

Ergebnis-ID	60686
--------------------	--------------

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

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

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

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	19,31
----------------	-------

Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
------------------------------	---------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
-----------------	----------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

6. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

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

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

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

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

Einheit	%
---------	---

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

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

Rechnerisches Ergebnis	14,29
------------------------	-------

Vertrauensbereich Krankenhaus	5,7 - 31,49
-------------------------------	-------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 2,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,54
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID
54042

Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 3,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

9. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID
54050

Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	96,3
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,72 - 99,34

Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 90,00\%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,6 - 1,46

Fallzahl	
Grundgesamtheit	4865
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	20,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 2,68$ (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

11. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens

einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4865
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

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

Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4865
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 0,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4865
Beobachtete Ereignisse	17

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

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,8 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 2,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	305
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,1
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 2,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,4

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

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,6 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	99,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,7 - 99,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	242
Beobachtete Ereignisse	241
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	97,4
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,05 - 98,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	187
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum	unverändert

letzten Qualitätsbericht

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

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 2,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	220
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,78
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

21. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	242
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Rechnerisches Ergebnis	3,31

Vertrauensbereich Krankenhaus	1,68 - 6,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	242
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	96,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,12 - 98,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	122
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

24. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54021
--------------------	--------------

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	98,1
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,57 - 99,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	158
Beobachtete Ereignisse	155
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID **54022**

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 5,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	286
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	275
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum	unverändert

letzten Qualitätsbericht

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

Ergebnis-ID	54128
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,8
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,72 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	298
Beobachtete Ereignisse	298
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,67 - 100

Fallzahl	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	161
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

31. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,67 - 100

Fallzahl	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	161

32. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%

Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

33. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,4 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	103
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

34. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	92,79

Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,65 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	68
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

35. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,06 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	127
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

36. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte

medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID 2036

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 98,69

Vertrauensbereich bundesweit 98,64 - 98,75

Rechnerisches Ergebnis 100

Vertrauensbereich Krankenhaus 97,06 - 100

Fallzahl

Grundgesamtheit 127

Beobachtete Ereignisse 127

37. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 231900

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 16,84

Vertrauensbereich bundesweit 16,67 - 17,01

Rechnerisches Ergebnis 10,28

Vertrauensbereich Krankenhaus 5,84 - 17,48

Fallzahl

Grundgesamtheit 107

Beobachtete Ereignisse 11

38. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232000_2005

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,53 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	107

39. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232001_2006

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,53 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	107

40. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

41. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,57 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	108

42. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung

nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232004_2013

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2013

Einheit %

Bundesergebnis 93,14

Vertrauensbereich bundesweit 92,97 - 93,31

Rechnerisches Ergebnis 100

Vertrauensbereich Krankenhaus 92,87 - 100

Fallzahl

Grundgesamtheit 50

Beobachtete Ereignisse 50

43. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232005_2028

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2028

Einheit %

Bundesergebnis 95,4

Vertrauensbereich bundesweit 95,28 - 95,51

Rechnerisches Ergebnis 100

Vertrauensbereich Krankenhaus 95,91 - 100

Fallzahl

Grundgesamtheit 90

Beobachtete Ereignisse 90

44. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,91 - 100
Fallzahl	
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	90

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

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,56 - 1,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	154

Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	19,24

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

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	14,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,71 - 20,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	23

47. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	96,44 - 100
-------------------------------	-------------

Fallzahl	
----------	--

Grundgesamtheit	104
-----------------	-----

Beobachtete Ereignisse	104
------------------------	-----

48. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	232010_50778
--------------------	---------------------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
------------------	--

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

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

Sortierung	2
------------	---

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
---------------------------------	-------

Bundesergebnis	0,66
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
------------------------------	-------------

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

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 1,43
-------------------------------	-------------

Fallzahl	
----------	--

Grundgesamtheit	50
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	8
------------------------	---

Erwartete Ereignisse	9,99
----------------------	------

49. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
--------------------	--------------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
------------------	--

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

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

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	96,71
----------------	-------

Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
------------------------------	---------------

Rechnerisches Ergebnis	100
------------------------	-----

Vertrauensbereich Krankenhaus	97,61 - 100
-------------------------------	-------------

Fallzahl	
----------	--

Grundgesamtheit	157
Beobachtete Ereignisse	157
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

50. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **50778**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 1,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ([Baden-Württemberg, Hessen])	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung ([Baden-Württemberg, Hessen])	Ja

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 6,5% (Zähler: 2, Nenner: 31)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 10,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

02.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

Leistungsbereich	Erkrankungen des Herzens
Ergebnis	Rate: 8,7% (Zaehler: 31, Nenner: 355)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 9,0%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

14.26 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, COVID-19, Alter>19, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 6,9% (Zaehler: 5, Nenner: 72)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 10,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 10,2%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

15.1 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor, Alter >19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Lunge
Ergebnis	Rate: 4,8% (Zaehler: 3, Nenner: 63)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,5%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische OPs

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 100,0% (Zaehler: 91, Nenner: 91)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 94,6%
Vergleichswerte	Ziel: > 94,6%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 1,1% (Zaehler: 1, Nenner: 91)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,55%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,55%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

19.1 - Behandlungsfälle mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaehler: 0, Nenner: 121)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,12%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,12%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

21.311 - Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen der Bauchorgane
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 6)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,9%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 240)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,13%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,13%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 278)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,06%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,06%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778

0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

44.1 - Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 5)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,27%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,27%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

46.1 - Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 25)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,2%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

46.2 - Pertrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle

Leistungsbereich	Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
Ergebnis	Rate: 3,7% (Zähler: 1, Nenner: 27)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,2%

Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,4%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)
56.3 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene und COVID-19), Anteil Todesfälle	
Leistungsbereich	Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)
Ergebnis	Rate: 39,5% (Zähler: 15, Nenner: 38)
Messzeitraum	2022
Datenerhebung	Routinedaten § 21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.4_2022
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 34,1%
Vergleichswerte	Ziel: < 34,1%
Quellenangabe	https://depositonce.tu-berlin.de/items/f5bf8c63-0571-47e2-9ae2-ca51c4525778 (IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet)

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	127

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	127
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	16
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	16
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	16

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - Haus Dornhan - Tagschicht	100 %
2	Innere Medizin - Haus Dornhan - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie - Haus Vöhringen - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - Haus Vöhringen - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Oberndorf - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Oberndorf - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Sulz - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Sulz - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - ZNA - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - ZNA - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - Haus Dornhan - Tagschicht	84,11 %
2	Innere Medizin - Haus Dornhan - Nachtschicht	93,97 %
3	Allgemeine Chirurgie - Haus Vöhringen - Tagschicht	89,59 %
4	Allgemeine Chirurgie - Haus Vöhringen - Nachtschicht	72,88 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Oberndorf - Tagschicht	84,16 %
6	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Oberndorf - Nachtschicht	71,78 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Sulz - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Haus Sulz - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - ZNA - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - ZNA - Nachtschicht	100 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort	Nein
---------	------

