

## Die Gesundheitsklinik Beeskow



## Qualitätsbericht 2022

gemäß §136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

**ODERSPREE**  
Krankenhaus

# Inhaltsverzeichnis

## Inhaltsverzeichnis

	Einleitung .....	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	12
A-9	Anzahl der Betten .....	12
A-10	Gesamtfallzahlen .....	12
A-11	Personal des Krankenhauses .....	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	28
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	28
B	Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen .....	31
B-[1]	Innere Medizin .....	31
B-[1].1	Name der Fachabteilung .....	31
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	31
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	31
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	31
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung .....	32
B-[1].5	Fallzahlen der Fachabteilung .....	32
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	32
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	33
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	33
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	33
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	34
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	34
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	34
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	35
B-[2]	Allgemeine Chirurgie .....	37
B-[2].1	Name der Fachabteilung .....	37
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	37
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	37
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	37
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung .....	37
B-[2].5	Fallzahlen der Fachabteilung .....	38
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	39
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	39

# Inhaltsverzeichnis

B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	39
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	39
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	40
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	40
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	40
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	41
B-[3]	Palliativmedizin .....	43
B-[3].1	Name der Fachabteilung .....	43
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	43
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	43
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	43
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung .....	43
B-[3].5	Fallzahlen der Fachabteilung .....	44
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	44
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	44
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	44
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	44
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	45
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	45
B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	45
B-[4]	Orthopädie (Belegabteilung) .....	47
B-[4].1	Name der Fachabteilung .....	47
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	47
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	47
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	47
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung .....	48
B-[4].5	Fallzahlen der Fachabteilung .....	48
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	48
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	49
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	49
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	49
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	49
B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	49
B-[5]	Radiologie .....	51
B-[5].1	Name der Fachabteilung .....	51
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	51
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	51
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	51
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung .....	52
B-[5].5	Fallzahlen der Fachabteilung .....	52
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	52
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	53
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	53

# Inhaltsverzeichnis

B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	53
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	54
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	54
C	Qualitätssicherung .....	56
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	56
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	106
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	106
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	106
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	106
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	106
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	107
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) .....	108
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	109

## 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.

### Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an dem Qualitätsbericht 2022 der Oder-Spree Krankenhaus GmbH. Der folgende Qualitätsbericht wurde von uns gemäß den gesetzlichen Anforderungen und Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenhäuser erstellt. Die Oder-Spree Krankenhaus GmbH kommt damit dem gesetzgeberischen Ziel nach, mehr Transparenz im Gesundheitswesen insbesondere bei der Beurteilung und Vergleichbarkeit von Krankenhäusern zu schaffen.

Unser im ostbrandenburgischen Landkreis Oder-Spree (LOS) gelegenes Krankenhaus blickt auf eine über 100-jährige Geschichte zurück. Bis zum 31.12.2005 war das Krankenhaus ein Eigenbetrieb des Landkreises Oder-Spree. Seit dem 01.01.2006 wird das Krankenhaus in der Rechtsform einer GmbH betrieben, deren alleiniger Gesellschafter der Landkreis Oder-Spree ist.

Die Oder-Spree Krankenhaus GmbH, als eines der kleinsten Krankenhäuser der Grundversorgung im Lande Brandenburg, ist eine wichtige Einrichtung zum Erhalt des Sicherstellungsauftrages der Kommune zur wohnortnahen stationären sowie ambulanten Versorgung in der ländlichen Region. Mit zurzeit 124 Planbetten und rd. 230 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern leistet unser Krankenhaus bei hoher fachlicher Kompetenz in Verbindung mit moderner medizintechnischer Ausstattung ärztliche und pflegerische Betreuung mit dem Ziel, bestmögliche Behandlungserfolge bei hoher Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Unser Krankenhaus verfügt im stationären Versorgungsbereich über folgende Abteilungen:

- Abteilung für Innere Medizin einschließlich Palliativmedizin , Chefarzt Dr. med. H. Richter
- Abteilung für Chirurgie, Chefarzt Dr. med. M.Liese
- Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Chefarzt Dr. med. Ch. Benz
- Abteilung Radiologie, Oberarzt Dr. med. M. Winter
- Belegabteilung Orthopädie, Belegarzt DM K. Nessau

Darüber hinaus werden weitere ambulante Leistungen im Oder-Spree Krankenhaus angeboten, wie Notfallversorgung, Diagnostik am Linksherzkathetermessplatz, ambulante Operationen sowie physikalische Therapie.

# Einleitung

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Michael Rochow, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Im folgenden Bericht werden Ihnen zuerst in Teil A und B die Struktur- und Leistungsdaten unseres Krankenhauses sowie der einzelnen Fachabteilungen vorgestellt. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Darstellung der stationären Versorgungsschwerpunkte einschließlich der wichtigsten Hauptdiagnosen (nach ICD) und Prozeduren/Eingriffe (nach OPS), der häufigsten ambulanten Eingriffe/Operationen sowie der apparativen und personellen Ausstattung unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation. Der Teil C des Berichtes beschäftigt sich mit der externen Qualitätssicherung. Für weitergehende Informationen zu unserem Krankenhaus verweisen wir auf unsere Internetpräsenz [www.os-kh.de](http://www.os-kh.de).

## Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Controlling
Titel, Vorname, Name	Claudia Bohm
Telefon	03366 444 580
Fax	03366 444 501
E-Mail	c.bohm@os-kh.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Michael Rochow (MaHM)
Telefon	03366 444 800
Fax	03366 444 501
E-Mail	m.rochow@os-kh.de

## Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.os-kh.de/">http://www.os-kh.de/</a>
--	---

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses



# Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Oder-Spree Krankenhaus GmbH
PLZ	15848
Ort	Beeskow
Straße	Schützenstrasse
Hausnummer	28
IK-Nummer	261200297
Standort-Nummer	771103000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	03366
Telefon	444510
E-Mail	info@os-kh.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.os-kh.de">http://www.os-kh.de</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses

#### Leitung des Krankenhauses

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Claudia Dargel
Telefon	03366 444 640
Fax	03366 444 501
E-Mail	c.dargel@os-kh.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Leiter Prozessmanagement Oberarzt Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marcelo Heck
Telefon	03366 444 210
Fax	03366 444 248
E-Mail	m-heck@os-kh.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Michael Rochow (MaHM)
Telefon	03366 444 800
Fax	03366 444 501



## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

E-Mail	m.rochow@os-kh.de
--------	-------------------

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Oder-Spree Krankenhaus GmbH
Träger-Art	öffentlich

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

#### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu
-----------------	-----------------

### A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie <i>in Verbindung mit Atemgymnastik</i>
2	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
3	MP37 - Schmerztherapie/-management
4	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
5	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
6	MP51 - Wundmanagement <i>moderne Wundversorgung</i>
7	MP63 - Sozialdienst
8	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
9	MP45 - Stomatherapie/-beratung <i>in Zusammenarbeit mit den Nachversorgern</i>
10	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
11	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>durch das examinierte Pflegepersonal</i>
12	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
13	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
14	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
15	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
16	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
17	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
18	MP25 - Massage
19	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
20	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
21	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Besichtigungen und Führungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen</i>

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
22	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratungen zur Sturzprophylaxe und Dekubitus</i>
23	MP06 - Basale Stimulation
24	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
25	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
26	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
27	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
28	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
29	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

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

#	Leistungsangebot
1	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
2	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>nach Absprache / Voranmeldung mgl.</i>
3	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>auf jeder Station 2 Ein-Bett-Zimmer sowie auf der Palliativstation 3 Ein-Bett-Zimmer vorhanden</i>
4	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>auf jeder Station 2 Zwei-Bett-Zimmer sowie auf der Palliativstation 6 Zwei-Bett-Zimmer vorhanden</i>
5	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
6	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
7	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
8	NM02: Ein-Bett-Zimmer
9	NM10: Zwei-Bett-Zimmer

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Wirtschaftsleiter
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Ing. (FH) Matthias Kasiske
Telefon	03366 444 600
Fax	03366 444 601
E-Mail	m.kasiske@os-kh.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Es stehen besonders große Rollstühle zur Verfügung</i>
2	BF09 - Rollstuhlgerrecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
3	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
4	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
5	BF10 - Rollstuhlgerrechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	BF08 - Rollstuhlgerrechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
7	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>z.B. Polnisch</i>
8	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerrechten Sanitäranlagen
9	BF24 - Diätetische Angebote
10	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>z.B. Raum der Stille</i>
12	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
13	BF11 - Besondere personelle Unterstützung

# Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
3	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
4	HB12 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)

### A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	124
---------------	-----

### A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	5948
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	23177
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				26,19
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	26,19	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,43	<b>Stationär</b>	23,76

### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				16,17
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	16,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,43	<b>Stationär</b>	13,74

### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt				1
--------	--	--	--	---

# Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt				82,62
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	82,62	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	13,79	<b>Stationär</b>	68,83

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				15
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	15	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	11,59	<b>Stationär</b>	3,41

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				3,46
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,46	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,46

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt				4,9
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,32	<b>Stationär</b>	4,58

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,83
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,83	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,32	<b>Stationär</b>	0,51

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				2,2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,5	<b>Stationär</b>	0,7

#### Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,5	<b>Stationär</b>	0,7

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,68
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,68	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,68

#### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,58
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,58	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,58

#### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

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

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,76	<b>Stationär</b>	1,24

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

Gesamt				4,84
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,84	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,84

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

Gesamt				3,29
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,29	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,24	<b>Stationär</b>	1,05

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				4,65
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,65	<b>Ohne</b>	0

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,37	<b>Stationär</b>	2,28
-----------------	-----------------	------	------------------	------

### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1	<b>Stationär</b>	0

### SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				4
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	4	<b>Stationär</b>	0

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verantwortlicher Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Ing. (FH) Matthias Kasiske
Telefon	03366 444 600
Fax	03366 444 601
E-Mail	m.kasiske@os-kh.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	Zentrales QM-Leitungsteam (Geschäftsführer, Leitender Chefarzt, Pflegedienstleitung)
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

### 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 – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
--	---

##### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Zentrales RM-Leitungsteam (Geschäftsführer, Leitender Chefarzt, Pflegedienstleitung)
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf



## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

### Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	RM04: Klinisches Notfallmanagement
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Indikation zur Intensivtherapie/Intensivobservation <b>Letzte Aktualisierung:</b> 15.09.2015
3	RM05: Schmerzmanagement
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Intravenöse patientenkontrollierte Analgesie; SOP Pflegerisches Schmerzmanagement bei Patienten mit chronischen Schmerzen; SOP Pflegerisches Schmerzmanagement bei Patienten mit akuten Schmerzen <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.10.2018
4	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> SOP Prophylaxe und Umgang mit Decubital ulcera im Oder-Spree-Krankenhaus <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.04.2015
5	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Organisationshandbuch Medizintechnik <b>Letzte Aktualisierung:</b> 07.09.2018
6	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Postoperative Betreuung chirurgischer Patienten <b>Letzte Aktualisierung:</b> 29.02.2012
7	RM18: Entlassungsmanagement
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Verfahrensanweisung Entlassungsmanagement <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.10.2017
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
10	RM06: Sturzprophylaxe
	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> SOP Sturzmanagement im Oder-Spree Krankenhaus <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.01.2017

# Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
11	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <hr/> <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> SOP Sturzmanagement im Oder-Spree-Krankenhaus <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.01.2017
12	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <hr/> <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> SOP Patientenidentifikation im Oder-Spree Krankenhaus <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.01.2017
13	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

### Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Palliativbesprechungen

## A-12.2.3.1 EINSATZ EINES EINRICHTUNGSINTERNEN FEHLERMELDESYSTEMS

### Internes Fehlermeldesystem

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

### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <hr/> <b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.12.2017
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <hr/> <b>Frequenz:</b> bei Bedarf
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <hr/> <b>Frequenz:</b> bei Bedarf

### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Nein
--	------

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Verfahrensanweisung zur Erfassung von Komplikationen und Zwischenfällen
--	---

### A-12.2.3.2 TEILNAHME AN EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDEN FEHLERMELDESYSTEMEN

#### Einrichtungübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystem	Nein
--	------

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

##### Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

##### Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

##### Hygienefachkräfte (HFK)

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

##### Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	15

#### A-12.3.1.1 HYGIENEKOMMISSION

##### Hygienekommission

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

##### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
-------------------------------	-----------------

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Titel, Vorname, Name	Michael Rochow (MaHM)
Telefon	03366 444 800
Fax	03366 444 501
E-Mail	m.rochow@os-kh.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 VERMEIDUNG GEFÄSSKATHETERASSOZIIERTER INFEKTIONEN

##### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

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

##### Der Standard thematisiert insbesondere

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

##### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

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

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

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

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

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

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

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-12.3.2.2 DURCHFÜHRUNG VON ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE UND ANTIBIOTIKATHERAPIE

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

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

#### Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

#### Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe 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

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

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

#### A-12.3.2.4 HÄNDEDESINFEKTION

##### Allgemeinstationen

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

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	35,14
---	-------

##### Intensivstationen

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

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	152,76
--	--------

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-12.3.2.5 UMGANG MIT PATIENTEN MIT MULTIRESISTENTEN ERREGERN (MRE)

#### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

#### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

### A-12.3.2.6 HYGIENEBEZOGENES RISIKOMANAGEMENT

#### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten  <b>Frequenz:</b> jährlich
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen  <b>Frequenz:</b> jährlich
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)  <b>Teilnahme ASH:</b> Zertifikat Silber
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen  <b>Name:</b> Regionale MRE-Netzwerktreffen

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

HAND-KISS

OP-KISS



## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

### Lob- und Beschwerdemanagement

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

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Claudia Dargel
Telefon	03366 444 640
Fax	03366 444 501
E-Mail	c.dargel@os-kh.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Andreas Weber
Telefon	03366 444 995
Fax	03366 444 996
E-Mail	patientenfuersprecher@os-kh.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Verantwortliches Gremium

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

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

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

#### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Arzneimittelkommission
Titel, Vorname, Name	OA Ulf Steffens
Telefon	03366 444 302
Fax	03366 444 501
E-Mail	u.steffens@os-kh.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Kooperation mit der Apotheke des Klinikums Frankfurt (Oder)

### 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	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

### Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

### Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen

### 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 des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## 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

## Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
---	----

### Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Nein
---------	------

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
2	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Nein <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
3	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>
4	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>
5	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Nein
6	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Kleinfeld-MRT</i>

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse 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.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

## Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen



## B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

### B-[1] Innere Medizin

#### B-[1].1 Name der 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. med. Horst Richter
Telefon	03366 444 101
Fax	03366 444 249
E-Mail	sek_innere@os-kh.de
Strasse	Schützenstrasse
Hausnummer	28
PLZ	15848
Ort	Beeskow
URL	<a href="http://www.os-kh.de">http://www.os-kh.de</a>

#### 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 Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
2	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
3	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
5	VI20 - Intensivmedizin
6	VI27 - Spezialsprechstunde <i>Gelbfieberimpfstelle</i>
7	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
8	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
9	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
10	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
12	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
13	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
16	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

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

Vollstationäre Fallzahl	2851
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	189
2	I50	Herzinsuffizienz	187
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	138
4	I70	Atherosklerose	112
5	I20	Angina pectoris	106
6	K29	Gastritis und Duodenitis	100
7	E86	Volumenmangel	84
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	73
9	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	70
10	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	66



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Intravenöse Anästhesie	1419
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1061
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	858
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	509
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	476
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	424
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	415
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	166
9	1-710	Ganzkörperplethysmographie	158
10	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	139

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Ambulante Notfallversorgung
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gastroenterologie <i>Diagnostik und Therapie gastroenterologischer Erkrankungen nach Überweisung von gastroenterologisch tätigen Vertragsärzten</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Kardiologie/Angiologie
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Infektiologie/Tropenmedizin <i>Diagnostik und Therapie infektiöser und tropenmedizinischer Erkrankungen einschließlich chronischer Hepatitiden</i>

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Intravenöse Anästhesie	262
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	72
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	69
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	34

## Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	29
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	15
7	1-653	Diagnostische Proktoskopie	10
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	10

### 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	8,72	Fälle je VK/Person	369,300537
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,72	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1	<b>Stationär</b> 7,72

#### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,97	Fälle je VK/Person	718,136
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,97	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1	<b>Stationär</b> 3,97

#### B-[1].11.1.1 ÄRZTLICHE UND ZAHNÄRZTLICHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ24 - Innere Medizin und Angiologie

#### B-[1].11.1.2 ZUSATZWEITERBILDUNG

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie
2	ZF34 - Proktologie

## B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	29,23	Fälle je VK/Person	105,4754
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	29,23	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,2	<b>Stationär</b>
			27,03

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	1,48	Fälle je VK/Person	1926,35132
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,48	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>
			1,48

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt	1,55	Fälle je VK/Person	1839,35486
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,55	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>
			1,55

### B-[1].11.2.1 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ02 - Diplom
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ13 - Hygienefachkraft
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

### B-[1].11.2.2 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ZUSATZQUALIFIKATION

#	Zusatzqualifikation
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP05 - Entlassungsmanagement
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP19 - Sturzmanagement
6	ZP18 - Dekubitusmanagement

## B-[2] Allgemeine Chirurgie

### B-[2].1 Name der 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 Cheärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mario Liese
Telefon	03366 444 210
Fax	03366 444 248
E-Mail	m.liese@os-kh.de
Strasse	Schützenstrasse
Hausnummer	28
PLZ	15848
Ort	Beeskow
URL	<a href="http://www.os-kh.de">http://www.os-kh.de</a>

### 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 Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
2	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
3	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
4	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
5	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

## Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

#	Medizinische Leistungsangebote
6	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
7	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
8	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
10	V008 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
11	V007 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
12	V010 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
13	V009 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
14	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
15	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
16	V001 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
17	VC58 - Spezialsprechstunde
18	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
19	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
20	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
21	VC24 - Tumorchirurgie
22	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
23	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
24	VC21 - Endokrine Chirurgie
25	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
26	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
27	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
28	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
29	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
30	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
31	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
32	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
33	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
34	VC30 - Septische Knochenchirurgie
35	VC00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von proktochirurgischen Erkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl	2545
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	268
2	S06	Intrakranielle Verletzung	160
3	M75	Schulterläsionen	151
4	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	111
5	K40	Hernia inguinalis	102
6	K80	Cholelithiasis	88
7	L03	Phlegmone	74
8	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	73
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	60
10	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	57

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	601
2	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	271
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	229
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	199
5	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	166
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	165
7	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	150
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	144
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	128
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	125

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	ambulante Notfallversorgung

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	7
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	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		13,75	Fälle je VK/Person	195,769226
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,75	<b>Stationär</b>	13

### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,2	Fälle je VK/Person	269,312164
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,75	<b>Stationär</b>	9,45

### B-[2].11.1.1 ÄRZTLICHE UND ZAHNÄRZTLICHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ06 - Allgemeinchirurgie

### B-[2].11.1.2 ZUSATZWEITERBILDUNG

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF34 - Proktologie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin



## B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		29,77	Fälle je VK/Person	85,48875
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	29,77	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	29,77

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,98	Fälle je VK/Person	1285,35352
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,98	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,98

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		1,12	Fälle je VK/Person	2272,32153
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,12	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,12

### B-[2].11.2.1 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

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

### B-[2].11.2.2 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ZUSATZQUALIFIKATION

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement <i>z. B. Pain Nurse</i>
3	ZP19 - Sturzmanagement
4	ZP05 - Entlassungsmanagement
5	ZP18 - Dekubitusmanagement
6	ZP06 - Ernährungsmanagement

## B-[3] Palliativmedizin

### B-[3].1 Name der Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Palliativmedizin

#### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3752 - Palliativmedizin

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

##### Namen und Kontaktdaten der Cheförztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Horst Richter
Telefon	03366 444 101
Fax	03366 444 249
E-Mail	sek_innere@os-kh.de
Strasse	Schützenstrasse
Hausnummer	28
PLZ	15848
Ort	Beeskow
URL	<a href="http://www.os-kh.de">http://www.os-kh.de</a>

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 - Schmerztherapie
2	VI38 - Palliativmedizin
3	VI00 - („Sonstiges“): Angehörigenbegleitung

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

Vollstationäre Fallzahl	340
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	127
2	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	51
3	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	24
4	C16	Bösartige Neubildung des Magens	22
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	20
6	Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	9
7	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	8
8	I50	Herzinsuffizienz	6
9	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	5
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	186
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	127
3	8-900	Intravenöse Anästhesie	70
4	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	40
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	39
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	29
7	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	28
8	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	26
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	12
10	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	12

### B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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

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

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	170
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>
			2

#### B-[3].11.1.1 ÄRZTLICHE UND ZAHNÄRZTLICHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ63 - Allgemeinmedizin

#### B-[3].11.1.2 ZUSATZWEITERBILDUNG

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin

### B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	8,62	Fälle je VK/Person	39,44316
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,62	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>
			8,62

#### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt	1,4	Fälle je VK/Person	242,857147
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,4	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>
			1,4

### B-[3].11.2.1 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

### B-[3].11.2.2 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ZUSATZQUALIFIKATION

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care
2	ZP05 - Entlassungsmanagement
3	ZP19 - Sturzmanagement
4	ZP18 - Dekubitusmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Pain Nurse, Algesiologische Fachassistenz</i>
6	ZP06 - Ernährungsmanagement

## B-[4] Orthopädie (Belegabteilung)

### B-[4].1 Name der Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Orthopädie (Belegabteilung)

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2300 - Orthopädie

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

#### Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dipl. Med. Karsten Nessau
Telefon	3366 444 210
Fax	3366 444 248
E-Mail	info@os-kh.de
Strasse	Schützenstrasse
Hausnummer	28
PLZ	15848
Ort	Beeskow
URL	<a href="http://www.os-kh.de">http://www.os-kh.de</a>

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

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

## B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	V004 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
2	V003 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
3	VC66 - Arthroskopische Operationen
4	V005 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
5	V015 - Fußchirurgie
6	V013 - Spezialsprechstunde
7	V010 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
8	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
9	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
10	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
11	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
12	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
13	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl	212
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	116
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	32
3	M54	Rückenschmerzen	25
4	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	15
5	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	9
6	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	6
7	M47	Spondylose	5



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	110
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	77
3	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	76
4	5-033	Inzision des Spinalkanals	67
5	5-933	Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen	61
6	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	38
7	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	36
8	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	23
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	15
10	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	11

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

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	212
--------	---	--------------------	-----

### B-[4].11.1.1 ÄRZTLICHE UND ZAHNÄRZTLICHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ41 - Neurochirurgie

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

Die Patienten werden durch die Pflegekräfte der anderen Fachabteilungen mitbetreut.

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

### B-[4].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

### B-[4].11.2.2 PFLEGERISCHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG – ZUSATZQUALIFIKATION

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP18 - Dekubitusmanagement

## B-[5] Radiologie

### B-[5].1 Name der Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Radiologie

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

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

#### Namen und Kontaktdaten der Cheförztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Markus Winter
Telefon	03366 444 410
Fax	03366 444 444
E-Mail	sek_roentgen@os-kh.de
Strasse	Schützenstrasse
Hausnummer	28
PLZ	15848
Ort	Beeskow
URL	<a href="http://www.os-kh.de">http://www.os-kh.de</a>

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

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

## B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR16 - Phlebographie
2	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>Angio-CT, Cardio-CT, virtuelle Koloskopie</i>
3	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
5	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
6	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
7	VR00 - („Sonstiges“): Angiographie <i>PTA, Stentimplantation</i>
8	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
9	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
10	VR15 - Arteriographie
11	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>z.B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i>
12	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
13	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
14	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
15	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
16	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	724
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	548
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	509
4	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	323
5	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	221
6	3-202	Native Computertomographie des Thorax	209
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	187
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	159
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	132

## Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	85

### B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Röntgenambulanz (zur Sicherstellung der Versorgung mit besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)  <i>Konventionelle Röntgendiagnostik, Ambulantes Operieren, Urografien, interventionelle und therapeutische CT-gestützte Verfahren (z.B. PRT)</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz

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

In dieser Fachabteilung werden keine ambulanten Operationen erbracht.

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	36
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	28

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

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

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1,72	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,72	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,68	<b>Stationär</b>
			1,04

#### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,68	<b>Stationär</b>
			0,32

#### B-[5].11.1.1 ÄRZTLICHE UND ZAHNÄRZTLICHE FACHEXPERTISE DER ABTEILUNG

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie

#### B-[5].11.1.2 ZUSATZWEITERBILDUNG

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF23 - Magnetresonanztomographie – fachgebunden –
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

## Teil C – Qualitätssicherung



## Teil C – Qualitätssicherung

### C Qualitätssicherung

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

##### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation	
Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	37
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	37
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	19
DEK - Dekubitusprophylaxe	



## Teil C – Qualitätssicherung

Fallzahl	52
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	52
<b>HEP - Hüftendoprothesenversorgung</b>	
Fallzahl	55
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	55
<b>HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation</b>	
Fallzahl	53
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	53
<b>KEP - Knieendoprothesenversorgung</b>	
Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43
<b>KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation</b>	
Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43
<b>PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)</b>	
Fallzahl	110
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	110
<b>PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie</b>	
Fallzahl	159
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159

## Teil C – Qualitätssicherung

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

#### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	99,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,52 - 99,89

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	158

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\geq 95,00$ %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	99,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,39 - 99,88

## Teil C – Qualitätssicherung

### Fallzahl

Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	152

3. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

4. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232000_2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	99,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,24 - 99,85

### Fallzahl

Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	114

## Teil C – Qualitätssicherung

5. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232001_2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	99,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,07 - 99,84

### Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	110

6. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232002_2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

### Fallzahl

## Teil C – Qualitätssicherung

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

7. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2009</b>
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	92,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,28 - 96,69

### Fallzahl

Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	78

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232003_2009</b>
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

## Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	91,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,96 - 95,95

### Fallzahl

Grundgesamtheit	85
Beobachtete Ereignisse	78

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2013</b>
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	89,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,40 - 94,42

### Fallzahl

Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	89

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232004_2013</b>
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

## Teil C – Qualitätssicherung

Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,40 - 95,53

### Fallzahl

Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	70

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
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	99,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,71 - 99,86

### Fallzahl

Grundgesamtheit	128
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232005_2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

## Teil C – Qualitätssicherung

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	98,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,33 - 99,82

### Fallzahl

Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	95

13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
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 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	127

14. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232006_2036</b>
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



## Teil C – Qualitätssicherung

Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,11 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	95

15. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
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	1,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,77 - 2,32

### Fallzahl

Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	8,11

### 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232007_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

## Teil C – Qualitätssicherung

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 1,83

### Fallzahl

Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	14,28

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232010_50778</b>
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	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 1,90

### Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,18

18. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

## Teil C – Qualitätssicherung

Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	9,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,43 - 16,32

### Fallzahl

Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	11

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232008_231900</b>
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	10,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,78 - 16,45

### Fallzahl

Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	17

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
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	91,82

## Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich Krankenhaus	86,51 - 95,16
-------------------------------	---------------

### Fallzahl

Grundgesamtheit	159
-----------------	-----

Beobachtete Ereignisse	146
------------------------	-----

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
-----------------	------------

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

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
---------------------------------------	-----

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

21. 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

21. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232009_50722</b>
--------------------	---------------------

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	92,17
------------------------	-------

Vertrauensbereich Krankenhaus	85,79 - 95,83
-------------------------------	---------------

### Fallzahl

Grundgesamtheit	115
-----------------	-----

Beobachtete Ereignisse	106
------------------------	-----

22. 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)

22. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
------------------	--

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

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

Sortierung	1
------------	---

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52009
---------------------------------	-------

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

## Teil C – Qualitätssicherung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 0,95

### Fallzahl

Grundgesamtheit	5943
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	13,80

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
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	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,20

### Fallzahl

Grundgesamtheit	5943
Beobachtete Ereignisse	5

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

## Teil C – Qualitätssicherung

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
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	0,00 - 0,06

### Fallzahl

Grundgesamtheit	5943
Beobachtete Ereignisse	0

25. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
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	0,00 - 0,06

### Fallzahl

Grundgesamtheit	5943
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

## Teil C – Qualitätssicherung

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,03 - 100,00

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 27. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	62,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	38,64 - 81,52

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	10

## Teil C – Qualitätssicherung

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54004</b>
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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,43 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	41

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI



## Teil C – Qualitätssicherung

Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,78

### Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,74

### 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
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	0,00 - 9,41

### Fallzahl

Grundgesamtheit	37
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Teil C – Qualitätssicherung

31. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>
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	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,97

### Fallzahl

Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0

### 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 3,02

### Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	4

## Teil C – Qualitätssicherung

Erwartete Ereignisse	3,12
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
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	0,00 - 10,15

### Fallzahl

Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0

<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez

## Teil C – Qualitätssicherung

Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,97

### Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,78

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54050</b>
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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im

## Teil C – Qualitätssicherung

Leistungsbereich	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	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,77 - 3,89

### Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,09

### 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54029</b>
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	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,82

### Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0

## Teil C – Qualitätssicherung

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,24

Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,44

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52321</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,81
Vertrauensbereich bundesweit	98,72 - 98,90
Rechnerisches Ergebnis	98,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,79 - 99,73

## Teil C – Qualitätssicherung

Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	64
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 95,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>141800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53

Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 3,80 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50005</b>
--------------------	--------------

## Teil C – Qualitätssicherung

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	97,72
Vertrauensbereich bundesweit	97,50 - 97,92
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>42. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52131</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,53 - 92,16
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,68 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	25
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 60,00 %



## Teil C – Qualitätssicherung

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,02 - 96,31
Rechnerisches Ergebnis	95
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,50 - 98,62

### Fallzahl

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	38

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%

## Teil C – Qualitätssicherung

Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 2,50 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52325</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 3,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

## Teil C – Qualitätssicherung

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131803</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	50,74
Vertrauensbereich bundesweit	50,03 - 51,46
Rechnerisches Ergebnis	54,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	28,01 - 78,73

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	6

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 52,63

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber

## Teil C – Qualitätssicherung

(Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132002</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 65,34

### Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,62
Rechnerisches Ergebnis	0

## Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
-------------------------------	--------------

### Fallzahl

Grundgesamtheit	7
-----------------	---

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

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
-----------------	-----------

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

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

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51196</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
------------------	--

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

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

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

Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,23
------------------------------	-------------

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

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 116,61
-------------------------------	---------------

### Fallzahl

Grundgesamtheit	7
-----------------	---

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

Erwartete Ereignisse	0,02
----------------------	------

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,13 (95. Perzentil)
-----------------	-------------------------

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

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

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52307</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
------------------	--

## Teil C – Qualitätssicherung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,43
Vertrauensbereich bundesweit	98,34 - 98,53
Rechnerisches Ergebnis	97,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,53 - 99,22

### Fallzahl

Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	129

### 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>111801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,41

### Fallzahl

Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Teil C – Qualitätssicherung

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101803</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39
Rechnerisches Ergebnis	92,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,99 - 97,54

### Fallzahl

Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	39

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54140</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,85 - 100,00

### Fallzahl

## Teil C – Qualitätssicherung

Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	34
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52139</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 - 88,76
Rechnerisches Ergebnis	98,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,25 - 99,78

### Fallzahl

Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	79

<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI



## Teil C – Qualitätssicherung

Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,60 - 3,50

### Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,65

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	98,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,24 - 99,63

### Fallzahl

Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	147

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Teil C – Qualitätssicherung

58. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,20

### Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 2,60 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Rechnerisches Ergebnis	44,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	30,43 - 58,89

### Fallzahl

## Teil C – Qualitätssicherung

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	19

60. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

### Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0

## Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 101,55

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der

## Teil C – Qualitätssicherung

	verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der

## Teil C – Qualitätssicherung

	verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 - 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11704</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11724</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez

## Teil C – Qualitätssicherung

Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>606</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,53
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51859</b>
--------------------	--------------

## Teil C – Qualitätssicherung

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators



## Teil C – Qualitätssicherung

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54021</b>
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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,97 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	44

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54022</b>
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

## Teil C – Qualitätssicherung

Referenzbereich	>= 86,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50481</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,03

### Fallzahl

Grundgesamtheit	44
-----------------	----

## Teil C – Qualitätssicherung

Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54125</b>
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
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	0,00 - 43,07

**Fallzahl**

## Teil C – Qualitätssicherung

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

### 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54127</b>
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	0,00 - 8,38

### Fallzahl

Grundgesamtheit	42
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54128</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

## Teil C – Qualitätssicherung

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	98
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,49 - 99,90

### Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	49

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56000</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Rechnerisches Ergebnis	43,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	26,89 - 60,99

### Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	13

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

## Teil C – Qualitätssicherung

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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56001</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 - 28,11
Rechnerisches Ergebnis	40,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	23,92 - 59,43

### Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	11

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

83. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56005</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	1,94

## Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich Krankenhaus	1,21 - 2,97
-------------------------------	-------------

### Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	9,77

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56007</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 1,80

### Fallzahl

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	7,65

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten

## Teil C – Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,23

### Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56009</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	13,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,65 - 22,45

### Fallzahl

Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	9

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert



## Teil C – Qualitätssicherung

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 87. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56016</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Rechnerisches Ergebnis	92,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,74 - 97,90

#### Fallzahl

Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	38

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Teil C – Qualitätssicherung

### 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 keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Oder-Spree Krankenhaus an folgenden DMP teil:

#	DMP
1	Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

Trifft nicht zu.

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

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	29
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	15
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	15

## Teil C – Qualitätssicherung

### C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

#### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - IDW - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - IDW - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - Station 1 - Tagschicht	100 %
4	Innere Medizin - Station 1 - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 2 - Tagschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
6	Allgemeine Chirurgie - Station 2 - Nachtschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station 3 - Tagschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station 3 - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin - Station 4 - Tagschicht	100 %
10	Innere Medizin - Station 4 - Nachtschicht	100 %
11	Innere Medizin - Station 6 - Tagschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
12	Innere Medizin - Station 6 - Nachtschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>

#### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - IDW - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - IDW - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - Station 1 - Tagschicht	93,84 %
4	Innere Medizin - Station 1 - Nachtschicht	98,6 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 2 - Tagschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>

## Teil C – Qualitätssicherung

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Allgemeine Chirurgie - Station 2 - Nachtschicht	100 % <i>Station geschlossen</i>
7	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station 3 - Tagschicht	80,99 % <i>Station geschlossen</i>
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station 3 - Nachtschicht	68,87 %
9	Innere Medizin - Station 4 - Tagschicht	80,55 %
10	Innere Medizin - Station 4 - Nachtschicht	92,33 %
11	Innere Medizin - Station 6 - Tagschicht	76,44 % <i>Station geschlossen</i>
12	Innere Medizin - Station 6 - Nachtschicht	91,44 % <i>Station geschlossen</i>

### C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatikrichtlinie (PPP-RL)

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

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

Trifft nicht zu.

### **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