

Die Gesundheitsklinik Beeskow



Qualitätsbericht 2024

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	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung	27
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	27
B	Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen	30
B-[1]	Innere Medizin	30
B-[1].1	Name der Fachabteilung	30
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	30
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung	31
B-[1].5	Fallzahlen der Fachabteilung	31
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	31
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	32
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	32
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-[1].11	Personelle Ausstattung	33
B-[2]	Allgemeine Chirurgie	36
B-[2].1	Name der Fachabteilung	36
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	36
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung	37
B-[2].5	Fallzahlen der Fachabteilung	38
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	38
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	38
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	39
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	39
B-[2].11	Personelle Ausstattung	39
B-[3]	Palliativmedizin	42
B-[3].1	Name der Fachabteilung	42

Inhaltsverzeichnis

B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung	43
B-[3].5	Fallzahlen der Fachabteilung	43
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	43
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	44
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	44
B-[3].11	Personelle Ausstattung	44
B-[4]	Orthopädie (Belegabteilung)	46
B-[4].1	Name der Fachabteilung	46
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung	47
B-[4].5	Fallzahlen der Fachabteilung	47
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[4].11	Personelle Ausstattung	48
B-[5]	Radiologie	49
B-[5].1	Name der Fachabteilung	49
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	49
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung	50
B-[5].5	Fallzahlen der Fachabteilung	50
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	51
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	51
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	51
B-[5].11	Personelle Ausstattung	52
C	Qualitätssicherung	54
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	54
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	96
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	96
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	96
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	96
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	97
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	100
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	100
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	101

Inhaltsverzeichnis

C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien		101
------	---	-------	-----

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an dem Qualitätsbericht 2024 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 Dr. med. K. Nessau

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

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.

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	http://www.os-kh.de/
--	---

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
Telefon-Vorwahl	03366
Telefon	4440
E-Mail	info@os-kh.de
Krankenhaus-URL	http://www.os-kh.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses

Leitung des Krankenhauses

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Frank Neue
Telefon	03366 444 640
Fax	03366 444 501
E-Mail	f.neue@os-kh.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Leiter Prozessmanagement
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
E-Mail	m.rochow@os-kh.de

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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>
22	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratungen zur Sturzprophylaxe und Dekubitus</i>

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
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>

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#	Aspekte der Barrierefreiheit
2	BF09 - Rollstuhlgerecht 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 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
7	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal z.B. <i>Polnisch</i>
8	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten 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 z.B. <i>Raum der Stille</i>
12	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
13	BF11 - Besondere personelle Unterstützung

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

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

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	5820
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	32689
StäB. Fallzahl	0

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt					24,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,91	Ohne		0
Versorgungsform	Ambulant	2	Stationär		22,91

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt					19,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,22	Ohne		0
Versorgungsform	Ambulant	2,64	Stationär		16,58

Belegärztinnen und Belegärzte

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,5
---	------

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

Gesamt					67,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	67,07	Ohne		0
Versorgungsform	Ambulant	16,78	Stationär		50,29

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt					18,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,03	Ohne		0
Versorgungsform	Ambulant	14,58	Stationär		3,45

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt					0,96
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,96	Ohne		0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär		0,96

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt					1,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne		0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär		1,17

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,64	Stationär	0,06
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,64
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,64	Stationär	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				2,53
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,53

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

Gesamt				2,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,25

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				2,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	1,43
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,9	Stationär	0,43

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,59

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				0,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,7

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

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	Stationär	1,26

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

Gesamt				4,85
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,85

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

Gesamt				2,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,71	Stationär	0,81

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				4,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,75	Ohne	0

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Versorgungsform	Ambulant	2,14	Stationär	2,61
-----------------	-----------------	------	------------------	------

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Indikation zur Intensivtherapie/Intensivobservation Letzte Aktualisierung: 01.12.2024
3	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Intravenöse patientenkontrollierte Analgesie; SOP Pflegerisches Schmerzmanagement bei Patienten mit chronischen Schmerzen; SOP Pflegerisches Schmerzmanagement bei Patienten mit akuten Schmerzen Letzte Aktualisierung: 01.09.2023
4	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP Prophylaxe und Umgang mit Decubital ulcera im Oder-Spree-Krankenhaus Letzte Aktualisierung: 30.06.2024
5	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Organisationshandbuch Medizintechnik Letzte Aktualisierung: 01.03.2024
6	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Postoperative Betreuung chirurgischer Patienten Letzte Aktualisierung: 01.12.2024
7	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 31.12.2021
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
10	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP Sturzmanagement im Oder-Spree Krankenhaus Letzte Aktualisierung: 30.06.2024

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
11	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP Sturzmanagement im Oder-Spree-Krankenhaus Letzte Aktualisierung: 01.07.2022
12	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP Patientenidentifikation im Oder-Spree Krankenhaus Letzte Aktualisierung: 31.01.2021
13	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
14	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Patientenorientiertes Blutmanagement Letzte Aktualisierung: 31.03.2024

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

☒ Palliativbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweginternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

Einsatz eines einrichtungsweginternen Fehlermeldesystems

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

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Nein
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

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Nein
---	------

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

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

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	3

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)	13

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
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)	34,55
---	-------

Intensivstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	153
--	-----

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Zertifikat Silber
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: 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	Frank Neue
Telefon	03366 444 640
Fax	03366 444 501
E-Mail	f.neue@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.

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
2	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
3	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
4	AA68 - offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph	Nein
5	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich
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.
---------	---

Teil A – Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	http://www.os-kh.de

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

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

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der 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	2593
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	204
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	192
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	189
4	K29	Gastritis und Duodenitis	163
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	110
6	I20	Angina pectoris	99
7	E86	Volumenmangel	72
8	I70	Atherosklerose	71
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	64
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	56

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Intravenöse Anästhesie	1301
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1007
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	758
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	522
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	450
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	397
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	353
8	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	154
9	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	151
10	1-653	Diagnostische Proktoskopie	129

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)	Infektiologie/Tropenmedizin <i>Diagnostik und Therapie infektiöser und tropenmedizinischer Erkrankungen einschließlich chronischer Hepatiden</i>

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Intravenöse Anästhesie	363
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	356
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	96
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	50
5	1-653	Diagnostische Proktoskopie	30
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	19
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	18
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	17
9	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	9

Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-469	Andere Operationen am Darm	7

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	10,74	Fälle je VK/Person	261,6549
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,74	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant 0,83	Stationär	9,91

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,18	Fälle je VK/Person	408,346466
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,18	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant 0,83	Stationär	6,35

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

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

Gesamt		22,51	Fälle je VK/Person	127,6711
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,2	Stationär	20,31

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,96	Fälle je VK/Person	2701,04175
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,96

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	6482,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,52	Fälle je VK/Person	1705,921
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,52

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

Gesamt		0,76	Fälle je VK/Person	3411,842
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,76

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	http://www.os-kh.de

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

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

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der 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
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	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
11	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
12	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
13	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
14	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
15	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
16	VO01 - 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	2666
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	312
2	M75	Schulterläsionen	171
3	K40	Hernia inguinalis	117
4	K80	Cholelithiasis	106
5	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	86
6	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	84
7	S06	Intrakranielle Verletzung	76
8	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	66
9	K57	Divertikulose des Darmes	59
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	55

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	597
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	321
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	282
4	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	258
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	199
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	191
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	182
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	134
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	109
10	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	108

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	9-984	Pflegebedürftigkeit	11
2	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	7
3	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	5
4	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	5
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	5
6	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	4
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	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		11,52	Fälle je VK/Person	247,539444
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,75	Stationär	10,77

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,16	Fälle je VK/Person	283,315643
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,75	Stationär	9,41

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

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

Gesamt		22,7	Fälle je VK/Person	117,444931
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,7

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,77	Fälle je VK/Person	3462,33765
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,77

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	44433,3359
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,01	Fälle je VK/Person	2639,604
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,01

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

Gesamt		0,66	Fälle je VK/Person	4039,3938
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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 z. B. Pain Nurse
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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	http://www.os-kh.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	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	369
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	86
2	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	59
3	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	29
4	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	23
5	C16	Bösartige Neubildung des Magens	22
6	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	14
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10
8	I50	Herzinsuffizienz	10
9	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	10
10	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	7

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	221
2	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	177
3	8-900	Intravenöse Anästhesie	89
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	50
5	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	32
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	28
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	21
8	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	21
9	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	16
10	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	11

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		1	Fälle je VK/Person	369
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	738
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

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

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

Gesamt		3,83	Fälle je VK/Person	96,34465
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,83

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

Gesamt		0,83	Fälle je VK/Person	444,5783
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

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	http://www.os-kh.de

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

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

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
2	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
3	VC66 - Arthroskopische Operationen
4	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
5	VO15 - Fußchirurgie
6	VO13 - Spezialsprechstunde
7	VO10 - 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	192
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	98
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	36
3	M54	Rückenschmerzen	29
4	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	11
5	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	5
6	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	4
7	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	100
2	5-933	Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen	70
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	70
4	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	69
5	5-033	Inzision des Spinalkanals	60
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	37
8	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	23
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	13
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	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	192
--------	---	--------------------	-----

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 Chirurgie mitbetreut.

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin
-------------	----------------------------------

Namen und Kontaktdaten

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	http://www.os-kh.de

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

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

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der 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	734
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	489
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	413
4	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	373
5	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	181
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	147
7	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	137
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	129
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	116

Teil B – Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	81

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	40
2	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	17
3	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5
4	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	4
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	4
6	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	4
7	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,65	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,42	Stationär	1,23

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,38	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,06	Stationär	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 – (MWBO 2003)
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

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	72
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	72
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	33
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	33
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	16
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	16
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
CHE - Cholezystektomie	

Teil C – Qualitätssicherung

Fallzahl	91
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	91
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	60
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	60
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	57
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	57
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	48
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	49
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	48
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	150
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	150

Teil C – Qualitätssicherung

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,55

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,72 - 3,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	96
-----------------	----

Teil C – Qualitätssicherung

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	4,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 4,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,52

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,00

Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 0,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5649
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	14,23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (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

6. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	5649
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
-----------------	----------------

Teil C – Qualitätssicherung

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

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

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EK _{ez}
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Teil C – Qualitätssicherung

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15

Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Rechnerisches Ergebnis	47,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	28,34 - 67,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	10

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 15,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,03

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 2,84$ (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein

Teil C – Qualitätssicherung

künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,02

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,37

Teil C – Qualitätssicherung

Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,44

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 28,25

Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,94

Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,01

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

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	5,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,99 - 11,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	0,90

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene

Teil C – Qualitätssicherung

	Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,65

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,44

20. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52316
--------------------	--------------

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	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	94,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,86 - 98,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	55
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 90,00\%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Teil C – Qualitätssicherung

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,85

Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 61,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,51

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 2,72$ (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

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

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 45,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Teil C – Qualitätssicherung

Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Teil C – Qualitätssicherung

Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	99,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,93 - 99,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	270
Beobachtete Ereignisse	269

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\geq 90,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Teil C – Qualitätssicherung

Patienten)	
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (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. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,65
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)

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

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

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
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 mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%

Teil C – Qualitätssicherung

Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52315
--------------------	--------------

Teil C – Qualitätssicherung

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
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
38. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
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
39. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Teil C – Qualitätssicherung

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

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

41. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162301
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	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

42. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%

Teil C – Qualitätssicherung

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

43. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

45. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der

Teil C – Qualitätssicherung

	verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 37,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 106,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02

47. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem

Teil C – Qualitätssicherung

Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162304
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	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

48. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

49. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall

Teil C – Qualitätssicherung

erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

50. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

51. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Teil C – Qualitätssicherung

Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 80,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 41,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 2,97$ (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	

Teil C – Qualitätssicherung

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	$\leq 0,25 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 1,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Teil C – Qualitätssicherung

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 1,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18

Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	92,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,86 - 95,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	91,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,56 - 93,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56105
	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten

Teil C – Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	85,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,37 - 87,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	74,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,22 - 79,34

Fallzahl

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

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99

Teil C – Qualitätssicherung

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert	
Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	90,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,92 - 97,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
61. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	
Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	77,54

Teil C – Qualitätssicherung

Vertrauensbereich Krankenhaus	69,63 - 84,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
62. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	87,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,59 - 92,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen	
Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Teil C – Qualitätssicherung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	93,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,10 - 97,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	80,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,16 - 85,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Teil C – Qualitätssicherung

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

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	56,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	50,49 - 63,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	22
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	39,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,90 - 59,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
-----------------	----

Teil C – Qualitätssicherung

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	75
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,14 - 97,75

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
-----------------	---

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Teil C – Qualitätssicherung

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	83,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,81 - 91,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	85,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,26 - 93,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Teil C – Qualitätssicherung

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 1,67

Fallzahl

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

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 0,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99

Teil C – Qualitätssicherung

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	16
Begründung	MM06: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. § 6 Mm-R).

Teil C – Qualitätssicherung

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	16
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	Keine Leistungsmenge
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

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

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Trifft nicht zu.

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Nachweis zur QSFFx

Teil C – Qualitätssicherung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt

Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden: 366

Erfüllung der Mindestanforderungen

Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde: 0

Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden: 1

Allgemeine Mindestanforderungen

Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 nicht bzw. nimmt nicht zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teil.

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Fachabteilung Chirurgie Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.	0
Fachabteilung Innere Medizin Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.	0
Verantwortlichkeit Notfallversorgung Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.	0
Fortbildungen Notfallversorgung Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	0
Verfügbarkeit Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.	0

Teil C – Qualitätssicherung

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Betten Intensivstation Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.	0
Betten Intensivstation Beatmung Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.	0
System Behandlungspriorisierung Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.	0
Schockraum Es ist ein Schockraum verfügbar.	0
Computertomographie Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.	0
Weiterverlegung Luftweg Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.	0

Teil C – Qualitätssicherung

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	30
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	22
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	22

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - Ebene 3 - Tagschicht	100 %
2	Innere Medizin - Ebene 3 - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - IDW - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - IDW - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin - Station 1 - Tagschicht	100 %
6	Innere Medizin - Station 1 - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station 3 - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station 3 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - Ebene 3 - Tagschicht	73,04 %
2	Innere Medizin - Ebene 3 - Nachtschicht	82,24 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - IDW - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie - IDW - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin - Station 1 - Tagschicht	91,18 %
6	Innere Medizin - Station 1 - Nachtschicht	98,06 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station 3 - Tagschicht	91,26 %

Teil C – Qualitätssicherung

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station 3 - Nachtschicht	86,07 %

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

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

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

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
---------	------