



AGAPLESION
DIAKONIEKRANKENHAUS
SEEHAUSEN

QUALITÄTSBERICHT 2016

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2016

Erstellt am 31.12.2017



Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	11
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	30
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	31
B-1	Allgemeine Chirurgie	31
B-2	Innere Medizin.....	47
B-3	HNO Belegabteilung.....	56
B-4	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin.....	60
C	Qualitätssicherung.....	66
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)	66
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate.....	66



C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	89
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	89
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	89
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	89
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	89
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	89
D	Qualitätsmanagement.....	90
D-1	Audits	91
D-2	Risikomanagement.....	91
D-3	Zertifizierungen.....	92
D-4	Meinungsmanagement	93
D-5	Ideen- und Innovationsmanagement.....	93
D-6	Befragung	94
D-7	Projektorganisation	94

- Einleitung

Qualitätsbericht 2016

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Frau Maria Theis
Telefon	039386/6-231
Fax	039386/6-269
E-Mail	maria.theis@dkhseehausen.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Frau Maria Theis
Telefon	039386/6-231
Fax	039386/6-269
E-Mail	maria.theis@dkhseehausen.de

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://dkhseehausen.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

deutsche Krankenhäuser konnten ihre Qualität in den letzten Jahren enorm steigern. So liegt die Zahl der Schadensfälle laut einer repräsentativen Langzeitstudie der Ecclesia Gruppe lediglich im Promillebereich. Dies macht deutlich, dass die immer wieder behauptete Flut an Behandlungsfehlern nicht der Realität entspricht. Dennoch ist jeder Fehler einer zu viel. Denn die Einhaltung von Qualitätsstandards hat in kaum einer anderen Branche eine so große Bedeutung wie in der Gesundheitswirtschaft. Die Qualität von Medizin und Pflege hat immer einen unmittelbaren Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten und Bewohnern.

Die Qualitätspolitik bei AGAPLESION ist daher zentraler Bestandteil unserer strategischen Ausrichtung und Unternehmenskultur. Sie fußt auf unserer christlichen Identität und den Kernwerten, die in unserem Leitbild verankert sind. Unsere Qualitätspolitik wird interdisziplinär und sektorenübergreifend entwickelt. Beteiligt sind Mitarbeitende aus Medizin, Pflege, Wohnen und Pflegen, Ethik und Service. Letztendlich ist sie jedoch Führungsaufgabe. Uns als Vorstand ist es wichtig, dass entwickelte Qualitätsstandards unserer Unternehmensstrategie entsprechen, daher prüfen wir dies regelmäßig. Wir sehen uns und unsere Führungskräfte zudem als Vorbilder und leben die Inhalte unseres Leitbildes und unserer Qualitätspolitik unseren Mitarbeitern vor.

Wie in allen Bereichen entwickeln wir auch im Qualitätsmanagement langjährig erprobte Instrumente weiter. So wird zum Beispiel das Meinungsmanagement seit diesem Jahr durch ein neues innovatives Online Tool abgebildet. Meinungsgeber können wie gewohnt ihre Bewertung über das Internet, aber auch über alternative Wege (z.B. QR-Code) abgeben. Dadurch können wir schneller und noch gezielter auf Wünsche und Beschwerden unserer Patienten eingehen.

Im Jahr 2016 lag die Weiterempfehlungsquote unserer Patienten bei insgesamt erfreulichen 90 Prozent. Damit liegt AGAPLESION deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 82 Prozent. Wir sind stolz auf dieses Ergebnis. Es zeigt, dass sich unsere Mitarbeitenden im Konzern, egal in welchem Beruf oder in welcher Funktion, der Behandlungs- und Betreuungsqualität und der gelebten Nächstenliebe verpflichtet sehen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG



Roland Kottke
Vorstand
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN freut sich, Ihnen den Qualitätsbericht für das Jahr 2016 vorstellen zu dürfen. Wir sehen die gesetzliche Verpflichtung der Erstellung dieses Berichtes als eine Chance, allen Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten, interessierten Kooperationspartnern und Kostenträgern die sich stetig verbessernde Qualität unserer Leistungen darzustellen.

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN ist ein Krankenhaus der Basisversorgung mit 112 Betten zur Betreuung von stationären Patienten. Die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin bieten ein breites medizinisches Leistungsportfolio an, das durch eine HNO-Belegabteilung, eine Orthopädische und eine Urologische Konsiliarabteilung ergänzt wird. Ebenso unterhält das Haus eine Notaufnahme und nimmt rund um die Uhr an 365 Tagen an der ärztlichen Notfallversorgung im Bereich des nördlichen Landkreises Stendal teil. Bei der Ausbildung in der Krankenpflege und im Verwaltungsbereich ist sich das Krankenhaus seiner Verantwortung bewusst und stellt jährlich Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Qualitätsmanagement ist bei uns ein Instrument der Organisationsentwicklung und Bestandteil der Leistungserbringung, mit dem Ziel der kontinuierlichen Optimierung der Behandlungsprozesse. Neben der medizinischen Qualität unserer Leistungen stehen das Patientenwohl und die Patientenzufriedenheit im Mittelpunkt unserer Arbeit. Der Erfolg dieser Bemühungen wurde uns durch das Systemfördeaudit unseres Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 im Dezember 2016 bestätigt. Dieses Zertifikat bescheinigt unserem Krankenhaus auf Grundlage einer fundierten Analyse eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und die erfolgreiche Einrichtung eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems, durch das die Qualität unserer Leistungen nachhaltig gesichert, effektiv weiterentwickelt und anhand von Kennzahlen und Messgrößen kontinuierlich überprüft wird. Im März 2017 wurde unserem Krankenhaus durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie die Bescheinigung als lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk DGU erneut erteilt. Im Mai 2012 wurde uns von der Deutschen Herniengesellschaft eine qualitätsgesicherte Hernienchirurgie bescheinigt. Als eine der ersten Kliniken Deutschlands erarbeitete sich unser Krankenhaus Ende 2013 den Titel „Klinik für Diabetespatienten geeignet“, der durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) vergeben wird. Im März 2017 wurde das Haus entsprechend rezertifiziert.

Auch als Basisversorger verfügen wir über ein umfangreiches Leistungsspektrum, das in dem folgenden Qualitätsbericht detailliert dargestellt wird.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Maria Theis, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Mit freundlichen Grüßen



Maria Theis
Geschäftsführerin



Heike Leue
Verwaltungsleiterin



Nicole Hinkelmann
Pflegedienstleiterin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN
Hausanschrift	Dr. Albert Steinert Platz 1 39615 Seehausen/Altmark
Telefon	039386/6-0
Fax	039386/6-269
Postanschrift	Dr. Albert Steinert Platz 1 39615 Seehausen/Altmark
Institutionskennzeichen	261530014
Standortnummer	00
URL	http://www.dkhseehausen.de

Weitere relevante IK-Nummern	
Institutionskennzeichen:	261530014

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anja-Katrin Boetefür
Telefon	039386/6-237
Fax	039386/6-269
E-Mail	anja-katrin.boetefuer@dkhseehausen.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Nicole Hinkelmann
Telefon	039386/6-248
Fax	039386/6-269
E-Mail	nicole.hinkelmann@dkhseehausen.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Heike Leue
Telefon	039386/6-249
Fax	039386/6-269
E-Mail	heike.leue@dkhseehausen.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die physiotherapeutische Abteilung ist eine leistungsfähige Abteilung mit vielen Angeboten und Bereichen in ansprechenden neuen Räumlichkeiten. Sowohl die stationären als auch die ambulanten Patienten erhalten eine fundierte und vielseitige Behandlung.

Leistungsangebote:

Manuelle Therapie
 Manuelle Lymphdrainage
 Osteopathische Behandlung
 Cranio-sacrale Therapie
 Bobath
 PNF - Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation
 Medizinische Trainingstherapie
 Muskelaufbautraining
 Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Zentrifugal- und Fußreflexzonenmassagen)
 Rückenschule
 Sportphysiotherapie
 Elektrotherapie (RS, US, MW, Saugwellenbehandlung)
 Zellenbäder
 Wärmetherapie - Fango
 Autogenes Training
 Reiki

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP25	Massage
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP18	Fußreflexzonenmassage
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP51	Wundmanagement
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP06	Basale Stimulation
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Die Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer ist eine kostenpflichtige Wahlleistung und beinhaltet auch die Telefongestellung und TV-Benutzung.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer			Eine Begleitung Ihres Kindes während des stationären Aufenthaltes ist selbstverständlich möglich.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Begleitpersonen können kostenfrei im 3- und 4-Bett-Zimmer oder kostenpflichtig im 2-Bett-Zimmer bzw. im Personalwohnheim untergebracht werden.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		In jedem Patientenzimmer steht ein TV-Gerät zur Verfügung. Die Nutzung ist kostenfrei.
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,50€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€		
NM19	Wertfach / Tresor am Bett/im Zimmer			
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM42	Seelsorge			Unser Krankenhaus-Seelsorger hat Zeit zum Zuhören und Zeit zum Reden - wenn Sie mögen.
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,00€ Kosten pro Tag maximal: 0,00€		Es stehen ausreichend kostenlose Parkplätze für Patienten und Besucher bereit.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Regelmäßig finden Aktionstage bzw. Informationsveranstaltungen "Medizin im Dialog" zu unterschiedlichen Themen (z.B. Herzinfarkt) für interessierte Besucher, aber auch Patienten statt.
NM02	Ein-Bett-Zimmer			
NM67	Andachtsraum			
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Trifft nicht zu.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Aufnahme und Ausbildung von Famulanten.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Teilnahme am regionalen Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Epidemiologie der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	3-jährige Ausbildung in der Krankenpflege
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	1-jährige Ausbildung in der Krankenpflegehilfe

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bedden	
Bedden	112

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	4851
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	9759

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 22,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,06	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 10,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,05	
Nicht Direkt	0	

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 1

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 47,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	47,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	47,57	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,47	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 1,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,9	
Nicht Direkt	0	

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 1,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,62	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 0,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,95	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,03	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 4,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,9	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,83	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,8	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner, aber auch der einweisenden Ärzte und Mitarbeiter, hat das Qualitätsmanagement eine fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen zum Ziel. Dabei arbeitet der /die Qualitätsmanagementbeauftragte eng mit allen Mitarbeitenden und Führungskräften zusammen.

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Sibille Schorlemmer
Telefon	+49/39386-6234
Fax	+49/39386-6269
E-Mail	Sibille.Schorlemmer@dkhseehausen.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Das Krankenhausdirektorium ist als Lenkungsgremium für Themen des Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement verantwortlich. Gegebenenfalls werden beteiligte Fachabteilungen/Funktionsbereiche zur Direktoriumssitzung geladen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Herrn Lutz Mewes
Telefon	+49/39386-6205
Fax	+49/39386-6269
E-Mail	lutz.mewes@dkhseehausen.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich Das Krankenhausdirektorium ist als Lenkungsgremium für Themen des Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement verantwortlich. Gegebenenfalls werden beteiligte Fachabteilungen/Funktionsbereiche zur Direktoriumssitzung geladen.

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGAPLESION Management- und Risikobewertung Datum: 23.03.2015	jährliche Risiko- und Managementbewertung unter Teilnahme der KHL, Chefärzten und Abteilungsleitern.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		interne Abteilungsbesprechungen der CIRS Fälle in der Pflege- und Ärzteschaft.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		RK - AGA Mitarbeiterbefragung (09.02.2015) Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Notfallsituation Datum: 16.09.2015	Es gibt eine Verfahrensweisung medizinischer Notfall, in dem geregelt ist, wie die Alarmierung im Notfall zu erfolgen hat. Des Weiteren wird der Ablauf von Basis- und erweiterten Reanimationsmaßnahmen beschrieben sowie die Zuständigkeiten festgelegt.
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzmanagement Datum: 25.06.2013	Sämtliche Dokumente zur Schmerztherapie sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Sturzscreening Datum: 29.01.2015	jeder Patient wird nach der Stratify Skala beurteilt und seine Sturzwahrscheinlichkeit eingeschätzt. Entsprechende prophylaktische Maßnahmen werden daraus abgeleitet und dokumentiert. Niedrigbetten werden vorgehalten.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Dekubitusprophylaxe Datum: 03.11.2012	Festlegung des Dekubitusrisikos nach Braden und daraus resultierende prophylaktische Maßnahmen. Anti-Dekubitusmatratzen werden eingesetzt.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Anwendung aktiver Medizinprodukte Datum: 22.01.2014	Der Ablauf im Umgang mit Mängeln bei Medizinprodukten (MP) ist in der krankenhausinternen Dienstanweisung Anwendung aktiver MP und dem Formular Vorkommnismeldung geregelt. Das Vorkommnis wird spätestens in der wöchentlichen Arbeitsberatung besprochen. Die Anwendung aktiver MP wird turnusmäßig geschult.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Qualitätszirkel	In unsere Einrichtung findet eine Vielzahl regelmäßiger interdisziplinärer Fallbesprechungen/-konferenzen statt: M & M Konferenzen Qualitätszirkel im Bereich des Endoprothetikzentrums. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen regelmäßig zusammen.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Name: Regelungen zur personengebundenen Medikamentenbestellung Datum: 16.10.2013	Existenz von Maßnahmen, um die verlässliche Medikamentengabe zu sichern: -VA zur Bestellung und Gabe von Medikamenten -Patientenidentifikationsarmband -regelmäßige Apothekenbegehung auf Station -Arzneimittelkommission 2 x /Jahr -Antibiotika (AB)management -AB-Verbräuche nach §23 ISG
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Um unsere Patienten in die Lage zu versetzen, Entscheidungen über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitzuentcheiden, setzen wir auf standardisierte Aufklärungsbögen. Diese sind online verfügbar.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Durch eine systematische OP-Vorbereitung und festgelegte Kontrollpunkte während des Behandlungsprozesses, wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt. Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten zum Einsatz, wie z.B. Team-time-out

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: OP Vorbereitung Laufzettel Datum: 13.08.2014	Ein Identifikationsarmband dient dazu, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten zu kontrollieren und damit das Risiko von Verwechslungen auszuschließen. Ein standardisiertes Abfragen der zur OP notwendigen Befunddaten findet statt und wird festgehalten.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: OP-Statut Datum: 01.01.2014	Patientenidentifikationsarmbänder
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Aufwachraumprotokoll Datum: 27.03.2014	Im Aufwachraumprotokoll und im OP Bericht sind die Standards der postoperativen Versorgung benannt und beschrieben.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Arbeitsanweisung Patientenentlassmanagement Datum: 24.06.2015	Ärztlich: schriftliche Regelung, was bei Entlassung des Patienten an Informationen vorliegen muss und wer informiert werden muss. Pflegerischer Entlassstandard: Sicherung der Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit bzw. in sonstige Einrichtung, Organisation notwendiger Hilfsmittel.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Internes Fehlermeldesystem Ja

Regelmäßige Bewertung Nein

Verbesserung Patientensicherheit Ein Fehlermeldesystem ist seit 2015 strukturiert etabliert.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	jährlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1	Zusammenarbeit mit externem Institut.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	10	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Maria Theis
Telefon	040/39386-631
E-Mail	maria.theis@dkhseehausen.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene
Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch
Geschäftsführung/Arzneimittel-
/Hygienekom. autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe Ja

2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch

- auf allen Intensivstationen 63,00 ml/Patiententag

- auf allen Allgemeinstationen 73,00 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Ja

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

MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke Ja

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS OP-KISS	Überwachung beatmungsassoziierter Pneumonien und postoperativer Wundinfektion nach Cholezystektomie.
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Der Beschwerdeführer erhält innerhalb von fünf Tagen eine schriftliche Rückmeldung.

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar In regelmäßigen Abständen erfolgen Einweiserbefragungen.

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Jeder Patient erhält bei der Aufnahme einen Meinungsbogen und damit die Möglichkeit, seine Meinung zu äußern und auch Verbesserungsvorschläge und Hinweise zu geben.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Meinungsmanagementbeauftragte

Titel, Vorname, Name Diana Scholz

Telefon 039386/6-231

Fax 039386/6-269

E-Mail IhreMeinung@dkhseehausen.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Funktion Sozialer Dienst

Titel, Vorname, Name Sibille Schorlemmer

Telefon 039386/6-234

Fax 039386/6-269

E-Mail sibille.schorlemmer@dkhseehausen.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen

Kommentar

A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	In Kooperation mit niedergelassenen Radiologen ist eine 24-h Notfallverfügbarkeit vertraglich sichergestellt.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Chirurgie

B-1.1 Allgemeine Angaben - Allgemeine Chirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Chefarzt der Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Georg Federmann
Telefon	039386/6-225
Fax	039386/6-267
E-Mail	Georg.Federmann@dkhseehausen.de

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Dr. Albert Steinert Platz 1	39615 Seehausen/Altmark	
Dr. Albert Steinert Platz 1	39615 Seehausen/Altmark	http://www.dkhseehausen.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC63	Amputationschirurgie	Major und Minor Amputationen vor allen Dingen an der unteren Extremität.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	An Schulter-, Knie-, Sprunggelenk, ggf. auch Handgelenk führen wir Bandrekonstruktionen oder sekundär plastische Rekonstruktionen durch.
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Debridements und Vakuumbehandlungen bei Dekubitalgeschwüren unterschiedlicher Lokalisationen, ggf. auch mit sekundärer Deckung.
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	In diesem Bereich sind die Operationen von Nervenkompressionssyndromen (auch endoskopisch) und die Operationen bei Kontrakturen der Hand- und Fußfaszie (Morbus Dupuytren) zu nennen.
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Arthroskopische Gelenkoperationen an Knie- und Schultergelenk werden sowohl nach Verletzungen einschließlich der Rekonstruktion von Bandverletzungen als auch bei Verschleißerscheinungen der Gelenkknorpel durchgeführt.
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	Wir führen operative Therapien von Fehl- und Neubildungen (z.B. bei Hodentumoren, bei Hydrozelen und Phimosen) durch.
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Konservative Behandlung von ambulant nicht beherrschbaren Schmerzzuständen des Rückens.
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Versorgung von Sehnenrupturen, Versorgung von stumpfen Bauchtraumen und offenen Bauchverletzungen.
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Die operative Behandlung von Krampfadern (auch minimal invasiv) wird überregional wahrgenommen.
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Hüfte und Oberschenkel.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Sprunggelenken und Fuß, z.T. arthroskopisch.
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Diagnostik sowie konservative und operative Therapie von LWS Verletzungen (Kyphoplastie) und Beckenverletzungen.
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Schultergürtel und Oberarm bis hin zum Endoprothesenersatz. Arthroskopische Operation von Schulterverletzungen.
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Ellenbogen und Unterarm bis hin zum Endoprothesenersatz.
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	Diagnostik und Therapie und konservative Therapie von HWS Verletzungen.
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Handgelenk und Hand.
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Knie und Unterschenkel, z.T. arthroskopisch. Arthroskopische Operationen inkl. Kreuzbandersatz.
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	Schädelhirntrauma mit Ausnahme intrakranialer Blutungen oder offener Schädelverletzungen.
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	Diagnostik und Therapie von Rippen- und stumpfen Thoraxtraumen, ggf. auch operative Stabilisierung.
VC21	Endokrine Chirurgie	Durchgeführt werden Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen (immer unter Neuromonitoring = Kontrolle der Stimmbandnerven).

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VO14	Endoprothetik	total endoprothetischer Ersatz großer Gelenke (Knie , Hüfte) bei Arthrose sowie teilendoprothetischer Ersatz bei Verletzungen (auch Schulter, Ellenbogengelenk). Endoprothesen bei Daumensattelgelenksarthrose.
VO15	Fußchirurgie	Operationen zur Beseitigung von degenerativen (u.a. Hallux, Hammerzehen) traumatischen Veränderungen (Osteosynthesen am Fersenbein, Fußwurzelknochen, Mittelfußknochen) und im Rahmen Diabetischer Füße(durchblutungsbedingten Weichteilinfekten, Amputationen).
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Gelenkersatzverfahren werden bei Schenkelhalsbrüchen (Hüftkopfersatz) angewendet und bei degenerativen Veränderungen in Hüft- und Kniegelenken (Totalendoprothese) auch im minimal invasiven Operationsverfahren.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Nahezu ausschließlich werden die Operationen im Bereich der Gallenblase laparoskopisch durchgeführt (Knopflochchirurgie): Gallenblasenentfernungen und je nach Befund Gallengangsrevisionen.
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Hier werden Magen-Darm-Operationen bei entzündlichen und tumorösen Erkrankungen, überwiegend laparoskopisch durchgeführt. Zusätzlich postoperative entzündliche Veränderungen wie Verwachsungsbauch oder Narbenbrüche.
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Es werden transanale endoskopische Entfernungen von Polypen und geeigneten Enddarmtumoren durchgeführt.
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Alle Eingriffe werden minimal invasiv durchgeführt, dieses betrifft das gesamte Harnsystem.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Operationen an der Gallenblase, am Wurmfortsatz, Bauchwandbrüchen, bei Erkrankungen des Dünn-, Dick- und Enddarms, Adhäsionen, ggf. auch des Magens, der Leber und der Milz werden überwiegend minimal invasiv durchgeführt.
VC05	Schrittmachereingriffe	In Zusammenarbeit mit der internistischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen und Aggregatwechsel durchgeführt.
VC71	Notfallmedizin	Teilnahme am regionalen Traumazentrum, Versorgung akuter gastrointestinaler Blutungen, akutes Abdomen.
VC62	Portimplantation	Im Rahmen der interdisziplinären Tumorthherapie werden Portimplantationen durchgeführt.
VO19	Schulterchirurgie	überwiegend arthroskopische Operation von degenerativen Veränderungen des Schulter- und Schulterreckgelenkes (Arthrose, Impingement, Verkalkung). Ferner traumatische Veränderungen wie Rotatorenmanschettenruptur, Frakturen und Luxationen im Bereich der Schulter bis hin zur Traumaendoprothese.
VC58	Spezialsprechstunde	Herniensprechstunde, Schilddrüsenprechstunde, Endoprothetiksprechstunde, BG-Sprechstunde; Krampfadersprechstunde
VC24	Tumorchirurgie	Nach Operationen bösartiger Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, der Schilddrüse, ggf. von Hauttumoren erfolgt die leitliniengerechte, notwendige Folgetherapie gemäß Tumorkonferenz. Ggf. Metastasenentfernung. Im Rahmen der interdisziplinären Tumorthherapie werden Portimplantationen durchgeführt.
VU13	Tumorchirurgie	endoskopische Tumorchirurgie bei Prostata- und Blasen Tumoren sowie Tumoren der Urethra.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	Kyphoplastien akuter Wirbelfrakturen im Brust- und Lendenwirbelbereich. Schmerzbehandlung durch Infiltrationsverfahren.
VO16	Handchirurgie	Im Rahmen der Traumatologie der Hand: Behandlung von Frakturen, Sehnen- und Weichteilverletzungen. Desweiteren die Behandlung von Dupuytren Kontrakturen, Nervenkompressionssyndromen, Sehnenkompressionssyndromen, Arthrosen und die Entfernung von Weichteiltumoren.
VC66	Arthroskopische Operationen	Schulter-, Ellenbogen-, Handgelenk, Knie- und Sprunggelenk. Es werden arthroskopische Operationen an Schulter-, Ellenbogen-, ggf. Handgelenk sowie Knie- und Sprunggelenk durchgeführt.
VC30	Septische Knochenchirurgie	Behandlung von Gelenkempyemen, Osteomyelitiden, vor allem im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms.
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	konservative und operative Behandlung von Sportverletzungen.
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	Entfernungen von Hautanhangsgebilden (gestielten Tumoren). Behandlung entzündlicher Prozesse (Pilonidalsinus, Hidradenitis suppurativa).
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	Entfernung von Unterhauttumoren (Lipome, Atherome etc.).
VD12	Dermatochirurgie	Excision von gutartigen und bösartigen Hauttumoren.
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Entfernung von Krampfadern, Entfernung von Lymphknoten im Rahmen der Diagnostik.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Diagnostik und Behandlung von Krankheiten des Analkanals und unteren Enddarms: Hämorrhoiden, Abszesse und Fisteln, gut- und bösartigen Tumoren des Enddarms und Analkanals, Rektumprolaps.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	operative und konservative Therapie von peripheren Nervenerkrankungen (Karpaltunnelsyndrom, Ulnarisrinnensyndrom, periphere Neuropathien).
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	Diagnostik und Behandlung von traumatischen Erkrankungen und von gut- und bösartigen Tumoren der Muskeln.
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	Diagnostik und Behandlung von entzündlichen und traumatischen Erkrankungen von Sehnen und Sehnenscheiden.
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	Entfernung von entzündlichen, gut- oder bösartigen Weichteiltumoren.
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	standardisierte Schmerztherapie (medikamentös, interventionell und operativ)
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR06	Endosonographie	
VO00	Sonstige im Bereich Orthopädie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Auf der interdisziplinären Intensivstation mit 7 Betten wurden Patienten mit verschiedenen chirurgischen Krankheitsbildern behandelt. Es stehen 3 Betten zur Beatmung zur Verfügung.

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Allgemeine Chirurgie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Allgemeine Chirurgie
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

B-1.5 Fallzahlen - Allgemeine Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1341
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	59	Fraktur des Femurs
2	R10	56	Bauch- und Beckenschmerzen
3	N40	53	Prostatahyperplasie
4	K40	50	Hernia inguinalis
5	M16	45	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
6	S82	44	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
7	I83	39	Varizen der unteren Extremitäten
8	S32	37	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	M75	33	Schulterläsionen
10	K35	28	Akute Appendizitis

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	550	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	3-205	162	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3	9-984	156	Pflegebedürftigkeit
4	3-200	133	Native Computertomographie des Schädels
5	5-511	79	Cholezystektomie
6	5-820	67	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
7	5-932	63	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
8	5-601	60	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
9	5-822	58	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
10	5-530	51	Verschluss einer Hernia inguinalis

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

BG-Ambulanz	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

KV Ermächtigung Sprechstunde

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endokrine Chirurgie (VC21)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
Angebotene Leistung	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Portimplantation (VC62)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

NOTAUFNAHME

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
Angebotene Leistung	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Notfallmedizin (VC71)
Angebotene Leistung	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
Angebotene Leistung	Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	66	Verschluss einer Hernia inguinalis
2	5-787	43	Entfernung von Osteosynthesematerial
3	5-385	35	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
4	5-056	31	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5	5-812	25	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
6	5-841	15	Operationen an Bändern der Hand
7	5-810	14	Arthroskopische Gelenkoperation
8	5-840	14	Operationen an Sehnen der Hand
9	5-399	13	Andere Operationen an Blutgefäßen
10	5-811	13	Arthroskopische Operation an der Synovialis

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 166,79104

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 335,25

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ60	Urologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF28	Notfallmedizin
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF34	Proktologie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 121,68784

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal wird nicht eingesetzt.

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Innere Medizin

B-2.1 Allgemeine Angaben - Innere Medizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Chefarzt der Inneren Medizin
Titel, Vorname, Name	Dr. Jürgen Jahnke
Telefon	039386/6-144
Fax	039386/6-267
E-Mail	juergen.jahnke@dkhseehausen.de

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Dr. Albert Steinert Platz 1	39615 Seehausen/Altmark	http://www.dkhseehausen.de

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	In Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen durchgeführt.(incl. der entsprechenden Nachsorge und Aggregatwechsel)
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	endoskopische Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im Bereich von Speiseröhre, Magen, Darm und Gallengänge. Dazu gehören Polypektomie, die endoskopische Blutstillung (z.B.Clip oder Argon Beamer), Ligaturbehandlung (z.B. von Hämorrhoiden), Bougierung und die Implantation von Tumorstents.
VI20	Intensivmedizin	Auf der interdisziplinären Intensivstation mit 7 Betten wurden Patienten mit verschiedenen internistischen Krankheitsbildern behandelt. Es stehen 3 Betten zur Beatmung zur Verfügung.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Als „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ betreuen wir interdisziplinär speziell Patienten mit Diabetes mellitus und seinen Komplikationen. Diät- und Diabetesassistenten beraten und betreuen diese Patienten.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Durchgeführt werden endoskopisch-diagnostische Untersuchungen im Bereich der Bronchien und der Lunge (incl. Biopsie, Entfernung von Fremdkörpern, Blutstillung) sowie therapeutische Spülungen und Spezialuntersuchungen der Lungenfunktion (Bodyplethysmographie).
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Neben der endoskopisch-diagnostischen Darstellungen der Gallenwege, werden auch therapeutischen Maßnahmen (z.B.Steinentfernung aus den Gallenwegen, das Einsetzen von Stents (Metall-oder Kunststoff-röhrchen) in die Gallenwege bei Galleabflussstörungen und die Blutstillung in diesem Bereich) durchgeführt.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin	Kommentar
VI27	Spezialsprechstunde	Herzschrittmacherkontrollen, Echokardiographien und Duplexuntersuchungen werden im Rahmen von persönlichen Ermächtigungen durchgeführt.
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	internistische und ohrenärztliche Schwindeldiagnostik einschließlich Kipptischuntersuchung.
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Diagnostik und Therapie von Sepsis in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Intensivmedizinern.
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	In Zusammenarbeit mit einer Dialysepraxis werden chronische- und akut dialysepflichtige Patienten versorgt.
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	Wir führen Echokardiographien in Vorbereitung auf eine Nierentransplantation durch. Wir sind als Entnahmekrankenhaus im DSO-Programm eingebunden.
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Unsere Mitarbeiter sind speziell geschult, um dementiell erkrankte Patienten in ihrer besonderen Situation adäquat zu versorgen. Als "demenzsensibles Krankenhaus" stellen wir uns somit dem demographischen Wandel
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin	Kommentar
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	in Zusammenarbeit mit einem am Haus sitzenden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie wird zeitnahe Diagnostik und Therapie durchgeführt.
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Durchführung des Schlafapnoe Screenings.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI35	Endoskopie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VU18	Schmerztherapie	Wir therapieren unsere Patienten mit einem interdisziplinär abgestimmten Therapieschema.
VR44	Teleradiologie	Unser Haus wird teleradiologisch für CT Untersuchungen rund um die Uhr versorgt.

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere Medizin

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere Medizin
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

B-2.5 Fallzahlen - Innere Medizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3509
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	282	Herzinsuffizienz
2	I10	177	Essentielle (primäre) Hypertonie
3	R55	134	Synkope und Kollaps
4	F10	122	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
5	J18	107	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
6	J44	104	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
7	K29	99	Gastritis und Duodenitis
8	R07	78	Hals- und Brustschmerzen
9	E11	72	Diabetes mellitus, Typ 2
10	I48	72	Vorhofflimmern und Vorhofflattern

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	843	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	8-930	590	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	1-440	470	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	1-650	392	Diagnostische Koloskopie
5	3-200	314	Native Computertomographie des Schädels
6	9-984	262	Pflegebedürftigkeit
7	1-620	213	Diagnostische Tracheobronchoskopie
8	1-710	211	Ganzkörperplethysmographie
9	5-513	160	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
10	3-052	137	Transösophageale Echokardiographie [TEE]

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Gefäßsprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Duplexsonographie der Gefäße
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Herzschrittmachersprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
diagnostische Echokardiographie	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	29	Diagnostische Koloskopie
2	5-640	8	Operationen am Präputium
3	5-636	5	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens
4	5-200	4	Parazentese [Myringotomie]
5	5-285	4	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
6	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
7	5-378	< 4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
8	5-452	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 11,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 318,42105

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 3,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1150,4918

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 147,49895

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2387,07483

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal wird nicht eingesetzt.

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 HNO Belegabteilung

B-3.1 Allgemeine Angaben - HNO Belegabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	HNO Belegabteilung
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art	Belegabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Belegärztin am Krankenhaus
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christine Müller
Telefon	039386/6-181
Fax	039386/9117-1
E-Mail	dr.ch.mueller@gmx.de

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Dr. Albert Steinert Platz 1	39615 Seehausen/Altmark	http://www.dkhseehausen.de

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote - HNO Belegabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - HNO Belegabteilung	Kommentar
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	Es werden Entfernungen von Polypen (Adenotomien) und Eröffnungen von Trommelfellen bzw. Entfernung von Paukenergüssen durchgeführt (Parazentesen/ Paukendrainagen).
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	Hier sind die Operationen an der Nasenscheidewand und Nasenmuschel zu nennen. Im Rahmen von Konsiliarleistungen werden Nasenbeinrepositionen durchgeführt.

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - HNO Belegabteilung

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - HNO Belegabteilung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

B-3.5 Fallzahlen - HNO Belegabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J34	< 4	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-214	< 4	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
2	5-215	< 4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
3	8-930	< 4	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	9-984	< 4	Pflegebedürftigkeit

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Wochenarbeitszeit

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 1

Kommentar: Fachexpertise der Abteilung HNO(AQ18)

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF13	Homöopathie
ZF27	Naturheilverfahren

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	0	
-----------	---	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0	
--------	---	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal wird nicht eingesetzt.

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

B-4.1 Allgemeine Angaben - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700 3600
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Geschäftsführender Leitender Abteilungsarzt
Titel, Vorname, Name	Dipl. med. Holger Altknecht
Telefon	039386/6-218
Fax	039386/6-267
E-Mail	holger.altknecht@dkhseehausen.de

Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Ltd. Abteilungsärztin
Titel, Vorname, Name	Dipl. med. Sylke Raboldt-Werthe
Telefon	039386/6-171
Fax	039386/6-267
E-Mail	sylke.werthe@dkhseehausen.de

Chefarzt/Chefärztin

Funktion	Ltd. Abteilungsärztin
Titel, Vorname, Name	MUDr. Gabriela Herenyiova
Telefon	039386/6-238
Fax	039386/6-267
E-Mail	gabriela.herenyiova@dkhseehausen.de

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Dr. Albert Steinert Platz 1	39615 Seehausen/Altmark	http://www.dkhseehausen.de

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	Kommentar
VI20	Intensivmedizin	Auf der interdisziplinären Intensivstation (ITS) unseres Hauses werden die Intensivpatienten aller Fachabteilungen incl. der Beatmungspatienten behandelt.

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

B-4.5 Fallzahlen - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

In 2016 wurden folgende Narkosen durchgeführt:

- 1.250 Allgemein- bzw. Vollnarkosen
- 233 Narkosen für ambulante Operationen
- 15 Kindernarkosen
- 74 rückenmarksnahe Narkosen
- 6 übrige regionale Narkosen

Auf der interdisziplinären Intensivstation wurden 1.258 Patienten überwacht und behandelt, davon:

- 263 chirurgische Patienten
- 995 internistische Patienten

38 Patienten wurden beatmet, davon 34 invasiv (über Tubus oder Tracheostoma) mit insgesamt 5.870 Beatmungstunden und 4 nicht-invasiv mit insgesamt 482 Beatmungstunden.

6 Patienten benötigten eine Akutdialysebehandlung.

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die Intensivpatienten werden innerhalb der anderen vorhandenen Fachabteilungen geführt.

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Durchführung von Vollnarkosen bei zahnärztlichen Eingriffen.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ01	Anästhesiologie	Dipl. med. Holger Altknecht Dipl. med. Sylke Raboldt-Werthe MUDr. Gabriela Herenyiova

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	Dipl. med. Holger Altknecht

B-4.11.2 Pflegepersonal

Acht examinierte Pflegekräfte haben eine Fachweiterbildung in Anästhesie und Intensivmedizin.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 12,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	110	100,0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	33	100,0	
Herzschrittmacherversorgung;Herzschritt macher-Aggregatwechsel (09/2)	14	100,0	
Herzschrittmacherversorgung;Herzschritt macher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (09/3)	< 4	< 4	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	66	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	66	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	21	100,0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	58	100,0	
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	58	100,0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	22	100,0	

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	110
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,28 - 98,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,63 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,06%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,65 - 95,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,71 - 98,99%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Ambulant erworbene Pneumonie

Qualitätsindikator (QI)

Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Index = 0)

Kennzahlbezeichnung

Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben

Grundgesamtheit

16

Beobachtete Ereignisse

16

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

100,00%

Referenzbereich (bundesweit)

>= 95,00%

Vertrauensbereich (bundesweit)

97,14 - 97,45%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

80,64 - 100,00%

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Ambulant erworbene Pneumonie

Qualitätsindikator (QI)

Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)

Kennzahlbezeichnung

Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben

Grundgesamtheit

53

Beobachtete Ereignisse

53

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

100,00%

Referenzbereich (bundesweit)

>= 90,00%

Vertrauensbereich (bundesweit)

93,50 - 93,76%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

93,24 - 100,00%

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,79 - 95,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,25 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	15,01
Ergebnis (Einheit)	0,73
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,56
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,42 - 1,25
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,57 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 45 Minuten
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 45 Minuten
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	0,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,28 - 94,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,47 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	0,00
Ergebnis (Einheit)	97,73%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 - 97,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,19 - 99,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,08 - 0,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,53%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,14 - 0,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	110
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,42 - 95,57%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,63 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,24 - 1,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,43%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,94%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,71 - 87,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,39 - 98,32%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 0,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,43%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,64
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,13
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,34
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,77 - 97,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,57 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Systeme 3. Wahl
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,43%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,58 - 0,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Kennzahlbezeichnung

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

< 4

Beobachtete Ereignisse

< 4

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Referenzbereich (bundesweit)

<= 9,00

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,14 - 1,52

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator (QI)

Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Kennzahlbezeichnung

Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

Grundgesamtheit

46

Beobachtete Ereignisse

46

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

100,00%

Referenzbereich (bundesweit)

>= 90,00%

Vertrauensbereich (bundesweit)

96,45 - 96,63%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

92,29 - 100,00%

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,71 - 93,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahlbezeichnung	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 15,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,15 - 17,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Sturzprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,18%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,75 - 92,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,39 - 99,68%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,97%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,77 - 99,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,61 - 99,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahlbezeichnung	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 25,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,27 - 11,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator (QI)

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Kennzahlbezeichnung

Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

Grundgesamtheit

< 4

Beobachtete Ereignisse

< 4

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Referenzbereich (bundesweit)

<= 6,35%

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,71 - 1,83%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator (QI)

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Kennzahlbezeichnung

Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

Grundgesamtheit

entfällt

Beobachtete Ereignisse

entfällt

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Referenzbereich (bundesweit)

<= 19,17%

Vertrauensbereich (bundesweit)

5,87 - 6,46%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahlbezeichnung	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,55%
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,26 - 4,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahlbezeichnung	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,30 - 2,44%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,71%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahlbezeichnung	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 23,95\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,83 - 10,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,91 - 98,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,13 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Kennzahlbezeichnung

Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

60

Beobachtete Ereignisse

8

Erwartete Ereignisse

3,45

Ergebnis (Einheit)

2,32

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 2,15$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,89 - 0,93

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

1,20 - 4,20

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)

Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator (QI)

Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit

Kennzahlbezeichnung

Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Grundgesamtheit

< 4

Beobachtete Ereignisse

< 4

Erwartete Ereignisse

-

Ergebnis (Einheit)

Referenzbereich (bundesweit)

Sentinel-Event

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,18 - 0,22%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Kennzahlbezeichnung	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	28,57%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,34 - 19,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,81 - 49,96%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprofylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,48%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,47 - 99,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,09 - 97,35%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Kennzahlbezeichnung

Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

15

Beobachtete Ereignisse

4

Erwartete Ereignisse

1,97

Ergebnis (Einheit)

2,03

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 2,27$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,98 - 1,02

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,83 - 3,96

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen

Kennzahlbezeichnung

Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

21

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

0,17

Ergebnis (Einheit)

0,00

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 4,30$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,76 - 0,91

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 19,59

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen

Kennzahlbezeichnung

Infektion der Operationswunde – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

21

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

0,12

Ergebnis (Einheit)

0,00

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 3,14$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,83 - 1,01

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 26,75

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

Kennzahlbezeichnung

Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

21

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

0,25

Ergebnis (Einheit)

0,00

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 3,72$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,81 - 0,95

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 13,01

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

Kennzahlbezeichnung

Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

21

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

1,25

Ergebnis (Einheit)

0,00

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 2,19$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,92 - 0,98

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,00 - 2,60

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut-stationären Aufenthaltes

Kennzahlbezeichnung

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

< 4

Beobachtete Ereignisse

< 4

Erwartete Ereignisse

-

Ergebnis (Einheit)

-

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 2,00$

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,94 - 1,01

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	58
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,34 - 97,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,79 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur Schlittenprothese
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,91 - 94,57%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahlbezeichnung	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,60 - 91,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	57
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,28%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,86 - 99,69%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,66%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,90 - 92,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,21 - 95,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,41
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,67 - 0,76
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Qualitätsindikator (QI)

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Kennzahlbezeichnung

Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Grundgesamtheit

< 4

Beobachtete Ereignisse

< 4

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Referenzbereich (bundesweit)

<= 1,95

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,94 - 0,96

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Qualitätsindikator (QI)

Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Kennzahlbezeichnung

Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben

Grundgesamtheit

4888

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

0,00%

Referenzbereich (bundesweit)

Sentinel-Event

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,01 - 0,01%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung durch den Strukturierten Dialog

R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	58

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	10
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	10
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	10

D Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2015. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In vielen Unternehmen ist die Verortung von Qualität in der Unternehmensplanung nicht definiert. Bei AGAPLESION ist sie dagegen Teil der strategischen Unternehmensplanung.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Auf diese Weise können Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickelt und umgesetzt werden, als das für einzelne, kleine Häuser überhaupt möglich ist. Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



D-1 Audits

Audits sind systematische und unabhängige Bewertungen, inwieweit die Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Auf der Grundlage von Nachweisen wird der Erfüllungsgrad der Anforderungen objektiv bewertet und dokumentiert.

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob unser Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme des Patienten bis hin zur Entlassung analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Stärken, aber auch die Schwächen der Lieferantenbeziehungen auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich Ihrer Leistung.

D-2 Risikomanagement

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.

Die systematische Identifizierung von Risiken erfolgt mit Hilfe eines anonymen Frühwarnsystems, dem Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem werden kritische Ereignisse erfasst, bevor sie zu Fehlern führen. Diese Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

Auch die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit gehört in unserem Haus zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In allen Bereichen sind Standards und Maßnahmen umgesetzt, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen jeglicher Art und deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

D-3 Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten, sogenannte Zertifizierungen, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 kommen jährlich alle Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



pCC-zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 : 2008



DDG-zertifiziert als Klinik für Diabetespatienten geeignet



Zertifiziertes Traumazentrum der DioCert GmbH



Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie zertifiziert durch die Deutsche Herniengesellschaft



Zertifiziertes EndoProthetikZentrum der EndoCert

D-4 Meinungsmanagement

Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessengruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Lob, Anregungen und Beschwerden aufzunehmen – persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Die gewonnenen Meinungen zu unseren Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiterverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.



In 2016 wurden insgesamt 705 Meinungen hauptsächlich durch Patienten, aber auch durch Angehörige geäußert. Dabei handelte es sich um 588 Lobe, 85 Anregungen sowie 32 Beschwerden. Viel gelobt wurde die Behandlung und Therapie durch die Ärzte sowie die dazu gehörige Beratung und Aufklärung, aber auch die fürsorgliche Betreuung durch die Pflegekräfte, die Sauberkeit und die Verpflegung.

Anregungen und Beschwerden wurden hauptsächlich zum Komfort in den Patientenzimmern, vereinzelt auch zur Verpflegung geäußert. Ein Kritikpunkt bei den Patienten waren die unbequemen voluminösen Kopfkissen. Diese wurden gegen neue Kopfkissen ausgetauscht. Ebenfalls wurden die veralteten Fernsehgeräte bemängelt. Hier konnten mittlerweile alle Altgeräte durch neue Flachbildschirme ersetzt werden. Das oftmals kritisierte fehlende Patienten-WLAN soll in 2017 umgesetzt und eingeführt werden.

D-5 Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg. Ziel des Ideenmanagements ist es daher, eine für alle Mitarbeiter verständliche, attraktive und motivierende Grundlage für die Generierung von Ideen zu schaffen. Resultat soll die Einreichung von vielen guten und auch innovativen Ideen sein. Grundsätzlich sollen durch die eingereichten Ideen verschiedene Ergebnisse, Bereiche und Prozesse verbessert werden.

Anhand unserer Ideenbörse können Mitarbeitende als Experten der Praxis Verbesserungsvorschläge und Ideen einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

D-6 Befragung

Da die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen, führen wir regelmäßige Befragungen zur Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen mit folgenden Themenschwerpunkten durch:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

Anhand der gewonnenen Ergebnisse lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermitteln und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

D-7 Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Dabei durchläuft sie verschiedene Projektschritte. In Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgen die Erarbeitung von Lösungen, die Umsetzung sowie die Überprüfung des Projekterfolges.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen bzw. in Arbeit. Dazu zählen unter anderem die zwei folgenden Projekte:

Einführung der digitalen Patientenakte

Das Ziel der digitalen Patientenakte ist es, die Patientendaten zeitnah, valide und mobil verfügbar zu machen. Bestehende Prozesse und Dokumentationen werden damit optimiert, die Datenqualität und Verfügbarkeit wird gesteigert und Patientendaten können zeitnah erfasst werden.

Das Projekt ist 2016 gestartet. Umfangreiche Vorbereitungen sind notwendig, um die digitale Patientenakte einzuführen. Der Echtbetrieb soll dann im Dezember 2017 erfolgen.

Demenzsensibles Krankenhaus

Der sensible und beschützende Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ist uns ein großes Anliegen. Wir haben Pflegeexperten für Menschen mit Demenz ausgebildet, spezielle Demenz-Zimmer eingerichtet und erhalten Unterstützung durch ehrenamtliche Demenzbegleiter. Wir sind Ansprechpartner für Angehörige. Als Lokale Allianz für Menschen mit Demenz werden wir gefördert und erhalten hier Unterstützung durch viele Partner aus der Umgebung.