



## Qualitätsbericht 2022

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2022

Erstellt am 31.12.2023



## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....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 ..... 12
A-9	Anzahl der Betten ..... 12
A-10	Gesamtfallzahlen ..... 13
A-11	Personal des Krankenhauses ..... 13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ..... 25
A-13	Besondere apparative Ausstattung ..... 38
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ..... 38
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....40
B-1	Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie ..... 40
B-2	Unfallchirurgie und Orthopädie..... 45
B-3	Allgemein- und Viszeralchirurgie ..... 52
B-4	Zentrum für Gefäßmedizin ..... 60
B-5	Pneumologie ..... 68
B-6	Kardiologie ..... 75
B-7	Gastroenterologie und Onkologie ..... 81



---

B-8	Urologie.....	88
B-9	Frauenheilkunde .....	93
B-10	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	97
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>102</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	102
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	102
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	103
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	159
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	159
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	160
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ..	162
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	163
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	163
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	163
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	165
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	165
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>166</b>



## Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	BSc. Angewandte Gesundheitswissenschaften Therese Al-Kuhaly
<b>Telefon</b>	0341/444-5838
<b>Fax</b>	0341/444-3513
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:therese.al-kuhaly@ediacon.de">therese.al-kuhaly@ediacon.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Kaufmännischer Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Betriebswirt Dirk Herrmann
<b>Telefon</b>	0341/444-3512
<b>Fax</b>	0341/444-3513
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.diako-leipzig.de/>

Link zu weiterführenden Informationen:



## Sehr geehrte Leser:innen,

die vielfältigen Informationen in einem Qualitätsbericht geben einen systematischen Überblick über die Leistungen eines Krankenhauses in Deutschland. All das soll Patient:innen und einweisende Ärzt:innen bei der Entscheidungsfindung helfen. Doch Zahlen und Fakten allein reichen nicht aus, um ein Krankenhaus zu beschreiben. Denn es bleibt ein Ort, an dem Menschen für Menschen da sind, ein existenziell bedeutender Ort der Hoffnung.

Jede Einrichtung ist geprägt von einer bestimmten Unternehmenskultur. Bei AGAPLESION steckt ein christliches Leitbild die Eckpfeiler ab. Wichtige Säulen sind eine hohe Zuwendungsqualität und ein ganzheitlicher Behandlungsansatz. Wir wollen uns den Menschen, die zu uns kommen, mit Kopf, Herz und Seele zuwenden. Dieser Qualitätsanspruch, den wir uns selbst stellen, ist christlich motiviert und in unserem Leitbild als Mission formuliert: „Wir behandeln und begleiten Menschen in allen Lebensphasen individuell und ganzheitlich. Mit unserer christlich geprägten Haltung fördern wir körperliches und seelisches Wohlergehen und bieten menschliche Zuwendung.“

Seit unserer Gründung vor gut 20 Jahren haben wir immer wieder unsere Freude an Veränderungen und Innovationen unter Beweis gestellt. Wir haben Erfahrung in der Zusammenlegung eigener Klinik-Standorte, um die Medizin und Pflege vor Ort zu stärken. Wir gehören zu den digitalen Vorreitern auf dem deutschen Gesundheitsmarkt und sorgen mit eigenen Servicegesellschaften dafür, dass unsere Einrichtungen die beste Qualität in den Bereichen Medizintechnik, Reinigung, Catering und Logistik erhalten.

Zusammen mit unseren über 20.000 Mitarbeiter:innen entwickeln wir uns stetig weiter, um an der Seite der Menschen zu bleiben, die auf uns und christlich-diakonische Einrichtungen vertrauen. Unsere Organisation haben wir immer weiter professionalisiert und uns erhebliches Know-how angeeignet. Qualität ist für uns nicht an politische Reformen gekoppelt. Für uns als christlicher Gesundheitskonzern ist sie eine intrinsische Motivation – eine Verpflichtung, die uns antreibt. All unser Tun ist auf das Wohl unserer Patient:innen ausgerichtet.

Daran halten wir auch in Zukunft fest, komme, was da wolle.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG

Jörg Marx  
Stv. Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Leipzig, im Dezember 2023

Sehr geehrte Leser:innen,

als verantwortungsvolle Institution im Gesundheitswesen steht unser Krankenhaus für die höchsten Standards in der Patientenversorgung. Die Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität unserer Dienstleistungen sind dabei nicht nur gesetzliche Anforderungen, sondern vor allem ein zentrales Anliegen und Herzensangelegenheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Qualitätsmanagement im Krankenhaus ist eine komplexe und dynamische Herausforderung, die eine kontinuierliche Anpassung und Verbesserung unserer Prozesse, Strukturen und Ergebnisse erfordert. Es geht darum, die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die Zufriedenheit aller Beteiligten zu erhöhen und die Effizienz sowie Effektivität unserer Abläufe stetig zu verbessern. Wir verstehen Qualitätsmanagement als einen integralen Bestandteil unserer Organisationskultur, der auf den Prinzipien der Transparenz, der Patientenorientierung und der Mitarbeiterbeteiligung basiert.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen die Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik, Frau Therese Al-Kuhaly, unter der Telefonnummer 0341 4445838 oder per E-Mail zur Verfügung: [therese.al-kuhaly@ediacon.de](mailto:therese.al-kuhaly@ediacon.de)

Weitere Informationen finden Sie unter [www.diako-leipzig.de](http://www.diako-leipzig.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Herrmann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht

Dirk Herrmann  
Kaufmännischer Geschäftsführer  
Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig





## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gGmbH
Hausanschrift	Georg-Schwarz Straße 49 04177 Leipzig
Zentrales Telefon	0341/444
Fax	0341/444-3513
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Postanschrift	Georg-Schwarz-Str. 49 04177 Leipzig
Institutionskennzeichen	261401290
Standortnummer aus dem Standortregister	772555000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie/ Orthopädie und Traumazentrum
Titel, Vorname, Name	Dr. med Ulrich Socha
Telefon	0341/444-3601
Fax	0341/444-3602
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>



#### Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

<b>Funktion</b>	Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Olaf Richter
<b>Telefon</b>	0341/444-3634
<b>Fax</b>	0341/444-3695
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

#### Pflegedienstleitung

##### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Pflegemanagerin Katrin Völkel-Lutz
<b>Telefon</b>	0341/444-3664
<b>Fax</b>	0341/444-3662
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

#### Verwaltungsleitung

##### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	theologischer Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Pfarrer Dr. Michael Kühne
<b>Telefon</b>	0341/444-3512
<b>Fax</b>	0341/444-3513
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

##### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	kaufmännischer Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Betriebswirt Dirk Herrmann
<b>Telefon</b>	0341/444-3511
<b>Fax</b>	0341/444-3513
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

#### Krankenhausträger

<b>Name</b>	Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gemeinnützige GmbH
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.





## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	Physiotherapie
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Entlassmanagement (Sozialdienst)
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Physiotherapie und Atmungstherapeuten
MP06	Basale Stimulation	Physiotherapie, Ergotherapie
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativdienst
MP57	Biofeedback-Therapie	Physiotherapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Physiotherapie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP69	Eigenblutspende	über Labor
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	Physiotherapie
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Ergotherapie
MP21	Kinästhetik	Pflegekonzept, MA mit Weiterbildung zur Kinästhetics-Trainerin (regelmäßige Inhouse Kurse für MA)
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Physiotherapie, Weiterbildung im Pflegedienst vorhanden
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Physiotherapie, Ergotherapie
MP25	Massage	Physiotherapie
MP26	Medizinische Fußpflege	b. Bedarf Einbestellung von Extern
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Physiotherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Physiotherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Physiotherapie (z.B. Beckenbodentraining, Rückenschule, Pilates, u.a.)
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Physiotherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychoonkologen, Seelsorge
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Physiotherapie
MP37	Schmerztherapie/-management	Schmerzdienst, Weiterbildung Algesiologische Fachassistenz im Pflegedienst vorhanden
MP63	Sozialdienst	



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	z.B. Patient:innenforen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Physiotherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Diabetesberatung
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Physiotherapie
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z.B. Palliativdienst, Schmerzdienst
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	bei Bedarf Einbestellung von Extern
MP45	Stomatherapie/-beratung	bei Bedarf Anforderung möglich, Weiterbildung im Pflegedienst vorhanden
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	Physiotherapie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Physiotherapie
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Physiotherapie
MP51	Wundmanagement	Weiterbildung Wundexpert:in im Pflegedienst vorhanden
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z.B. Ernährungs- und Diabetesberatung

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

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM68	Abschiedsraum		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		nach Rücksprache mit der Küche möglich
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Wahlleistung
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Grüne Damen und Herren
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Medizin im Dialog
NM42	Seelsorge		



Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Wahlleistung
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

#### Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Diplom-Pflegemanagerin Katrin Völkel-Lutz
<b>Telefon</b>	0341/444-3664
<b>Fax</b>	0341/444-3662
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Grüne Damen
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Eine Schwester mit Zusatzbezeichnung
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	Ehrenamt
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF38	Kommunikationshilfen	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Grüne Damen, FSJ, Praktikanten
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	



Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Andachtsraum
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	

## 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)	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Erfassung d. Lebensqualität bei Pat. mit metastasiertem kolorekt. Karzinom u. Zoltryp-Therapie - Random., kontrollierte, multizentr., longitudinale Versorgungsforschungsstudie Onkolotse

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Krankenpflegeschule am Haus mit 3 Vollzeitkräften mit direktem Beschäftigungsverhältnis
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	nur praktische Ausbildung - theoretischer Teil im Verbund mit Uni Leipzig und christliche Akademie Halle

## A-9 Anzahl der Betten

Bedden	
Bedden	250



## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	11826
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	1087
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 83,86

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	83,86	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	83,86	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 51,03

#### Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	51,03	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	51,03	
Nicht Direkt	0	

**Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 9,28

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,28	Bereich: Notaufnahme
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,28	Bereich: Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 4,58

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,58	Bereich: Notaufnahme
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	Bereich: Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**





Anzahl: 8

Kommentar: zusätzlich 8 Belegarzt/Belegärztin Anästhesiologie, 4 Belegarzt/Belegärztin Augenheilkunde

## A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 238,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	238,88	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	236,34	
Nicht Direkt	2,54	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 59,96

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	59,96	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Allgemeine Stationskostenstelle, Case Management, Notaufnahme, OP

Ambulant 0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	59,96	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Allgemeine Stationskostenstelle, Case Management, Notaufnahme, OP

Nicht Direkt 0

## Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,53

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,53	
Nicht Direkt	0	

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,67

### Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,67	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Notaufnahme
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,67	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

## Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 4

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	



## Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.

**Ausbildungsdauer:** 7-8 Semester

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

## Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 13,47



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,47	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,47	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,98

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,98	Bereiche: Zentralsterilisation, OP
Ambulant	0	Bereiche: Zentralsterilisation, OP

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,98	
Nicht Direkt	0	

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,84

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,84	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,84	
Nicht Direkt	0	

## Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,84

## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,84	OP-Mitarbeiter
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,84	OP-Mitarbeiter
Nicht Direkt	0	

## Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

## Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,86

## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,86	
Nicht Direkt	0	

## Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist





Anzahl Vollkräfte: 4,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,74	Bereich: Zentrale Aufnahme
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,74	Bereich: Zentrale Aufnahme
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,89

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,89	
Nicht Direkt	0	

#### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

**Anzahl Vollkräfte:** 12,14

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,14	
Nicht Direkt	0	

#### **SP04 - Diätassistentin und Diätassistent**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,5

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	



### **SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,78

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,78	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,21

#### **Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,21	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,76	
Nicht Direkt	0	

**SP59 - Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)**

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,78	
Nicht Direkt	0	



## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	B.Sc. Angewandte Gesundheitswissenschaften Therese Al-Kuhaly
Telefon	0341/444-5838
Fax	0341/444-3513
E-Mail	<a href="mailto:therese.al-kuhaly@ediacon.de">therese.al-kuhaly@ediacon.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, theologische Geschäftsführung, Pflegedirektion, ärztliche Leitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Angaben zur Person

Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--------------------	--

##### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	B.Sc. Angewandte Gesundheitswissenschaften Therese Al-Kuhaly
Telefon	0341/444-5838
Fax	0341/444-3513
E-Mail	<a href="mailto:therese.al-kuhaly@ediacon.de">therese.al-kuhaly@ediacon.de</a>

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, theologische Geschäftsführung, Pflegedirektion, ärztliche Leitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz



## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risikomanagementhandbuch Datum: 18.07.2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Schockraumbehandlung Datum: 15.03.2018
RM05	Schmerzmanagement	Name: SOP postoperative Schmerztherapie bei Erwachsenen Datum: 16.01.2019
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Sturzmanagement in der Pflege Datum: 18.03.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Dekubitus - VA_Dekubitus nach Expertenstandard nach DNQP 2010 Datum: 19.06.2015
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: VA Patientensicherheit und Fixierung Datum: 29.10.2015
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Organisationshandbuch Medizintechnik Datum: 11.04.2018
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: OP Sicherheitscheckliste Datum: 26.07.2019
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: OP Sicherheitscheckliste Datum: 26.07.2019
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: OP Sicherheitscheckliste Datum: 26.07.2019
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Anästhesie - PB_Narkoseausleitung und Übernahme Aufwachraum Datum: 16.02.2017
RM18	Entlassungsmanagement	Name: VA Entlassmanagement Datum: 12.09.2017

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Anpassung von Prozessen





Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.03.2022
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem Ja

Regelmäßige Bewertung Nein

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	cirs medical

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	Dr. Geßner (extern beratender Klinikshygieniker BZH Freiburg GmbH)
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	4	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	8	

#### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise



## Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. Olaf Richter
Telefon	0341/444-3634
Fax	0341/444-3695
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

#### 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 Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

#### Standortsspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

#### Standortsspezifischer 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

Aufgrund der Coronapandemie war es nicht möglich den exakten Händedesinfektionsmittelverbrauch im Jahr 2020 zu erheben.

#### Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 33,00 ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 132,00 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Ja

### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren

Ja

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelm. Hygieneschulg. für neuen Mitarbeiter</li> <li>- Jährl. Pflichtfortbildungen</li> <li>- de-Compliancedaten-Vorstellungen nach den Beobachtungen</li> <li>- A- nlassbezogene Schulungen z.B. Einhaltung Hygieneregeln in ISO-Bereiche für Coronapat.,</li> <li>- rl. Antibiotika-Schulungen der Ärzte durch ext. KH.-Hygieniker</li> </ul>
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: überregionaler Austausch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jährliche Agaplesion Hygiene-Konferenz</li> <li>- Regelm. Austausch Hygienefachkräfte</li> <li>- Leipziger Hygiene-Stammtisch</li> <li>- Ext. Beratung v. Deutsches Beratungszentrum für Hygiene (BZH GmbH)</li> <li>- Teilnahme am Erfahrungsaustausch KISS u. Erfahrungsaustausch Aktion Saubere Hände</li> </ul>
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überprüfung läuft direkt über AEMP Leitung</li> <li>- Jährliche Hygienebegehung erfolgt durch ext. Krankenhaus- Hygieniker gemeinsam mit Hygienefachkräfte</li> <li>- interne Begehungen z.T. Hygienebeauftragte</li> </ul>
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS OP-KISS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compliancebeobachtungen</li> <li>- Spenderausstattung</li> </ul>
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Gold	



#### 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 Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	
Regelmäßige Einweiserbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar	alle drei Jahre	
Regelmäßige Patientenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar	kontinuierlich, explizite Zentren-Patient:innenbefragung	
Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden		
Möglich	Ja	
Link		
Kommentar		
Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement		
Ansprechperson für das Beschwerdemanagement		
Funktion	Theologische Geschäftsführung	
Titel, Vorname, Name	Pfarrerin Maria Beyer	
Telefon	0341/444-3512	
Fax	0341/444-3513	
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>	





## Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

<b>Funktion</b>	Theologischer Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Pfarrer Dr. Michael Kühne
<b>Telefon</b>	0341/444-3512
<b>Fax</b>	0341/444-3513
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>

## Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

## Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

### Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecherin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Ingrid Hilmers
<b>Telefon</b>	0341/4444-3512
<b>Fax</b>	0341/444-3513
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:ingrid.hilmers@ediacon.de">ingrid.hilmers@ediacon.de</a>

## Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

<b>Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?</b>	Ja - Arzneimittelkommission
---	-----------------------------



## A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

### Angaben zur Person

Angaben zur Person Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

### Verantwortliche Person AMTS

Funktion Chefarzt im Zentrum für Gefäßmedizin

Titel, Vorname, Name Chefarzt Dr. med. Lutz Pomper

Telefon 0341/444-5491

Fax 0341/444-3602

E-Mail [info@diako-leipzig.de](mailto:info@diako-leipzig.de)

## A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

### Erläuterungen

Zusammenarbeit mit Waisenhaus Apotheke Halle

## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:  
Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
- Medikationsprozess im Krankenhaus:  
Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.  
Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich



Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelswissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen - PB_Stellen und Verabreichen von Medikamenten
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittellabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.08.2017



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.08.2017
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

**Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?**

Ja

**Kommentar**

Unser Träger hat im August 2021 die Richtlinie Schutzkonzept für Kinder, Jugendliche und vulnerable Patientengruppen für alle Krankenhäuser in Kraft gesetzt. Für relevante Bereiche in unserm KH wurde eine Gefährdungsanalyse durchgeführt und daraus vorbeugende Maßnahmen abgeleitet. Ein E-Learning ist für die Mitarbeiter:innen in diesen Bereichen verpflichtend zu absolvieren. Ein Meldesystem ist intern etabliert und Kontaktadressen für externe Beratungsstellen sind verfügbar.

### A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

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



## Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Ja

Liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst? Ja

### Kommentar

Das Schutzkonzept enthält eine Gefährdungsanalyse, die in allen relevanten Bereichen, wo Kinder und Jugendliche behandelt werden, durchgeführt wurde. Maßnahmen zur Vorbeugung von Missbrauch und Gewalt sind definiert. Vorkommnisse werden gemeldet und strukturiert aufgearbeitet.

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung	Kommentar
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	26.08.2021	
SK11	Sonstiges		Ein ergänzendes, auf unsere KH-Einrichtung speziell ausgerichtetes Schutzkonzept inkl. eines Verhaltenskodexes befinden sich in Erarbeitung
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	26.08.2021	
SK09	Sonstiges		Ein ergänzendes, auf unsere KH-Einrichtung speziell ausgerichtetes Schutzkonzept inkl. eines Verhaltenskodexes befinden sich in Erarbeitung
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik		
SK03	Aufklärung		
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	26.08.2021	
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		
SK07	Sonstiges		Ein ergänzendes, auf unsere KH-Einrichtung speziell ausgerichtetes Schutzkonzept inkl. eines Verhaltenskodexes befinden sich in Erarbeitung



## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Nein	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	Zur Durchführung invasiver und nicht-invasiver Beatmungsverfahren.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus.
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	Nein	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	

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

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



#### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

##### Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung Nein

##### Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? Ja

Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? Nein



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

#### B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

##### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
Fachabteilungsschlüssel	3600
Art	Hauptabteilung

##### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Alexander Rothe
Telefon	0341/444-3641
Fax	0341/444-3513
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

##### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----





### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VX00	Diagnostik und Therapie spezieller intensivmedizinischer Krankheitsbilder	u.a. - komplette intensivmedizinische Betreuung der im Haus etablierten Fachdisziplinen -differenzierte Respiratortherapie - Punktionstracheotomien - kontinuierliche Nierenersatzverfahren (lokale Antikoagulation mit Citrat) - Differenzierte Volumen- und Katecholamintherapie - Spez. Weaning-Therapie
VX00	Schmerztherapie	- multimodale stationäre Schmerztherapie für chronische Schmerzsyndrome - Vorhalten eines Akutschmerzdienstes, tägliche zweimalige Schmerzvisiten auf Station - Durchführung interdisziplinärer Schmerzkonsile im gesamten Klinikum
VI20	Intensivmedizin	
VX00	Allgemeine und regionale Anästhesie	
VX00	Durchführung von Nierenersatzverfahren	CRRT
VX00	Durchführung von Lungenersatztherapie	Durchführung differenzierter Beatmungsverfahren bei verschiedenen Krankheitsbildern inkl. ECCOR
VC71	Notfallmedizin	
VX00	3. Allgemeine und regionale Anästhesie	4. Sonstige: Analgosedierung, Biersche Anästhesie
VX00	2. Allgemeine und regionale Anästhesie	Anästhesie Ambulanz

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.



### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

#### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden      Nein

### B-1.11 Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte:      22,22

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,22	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte:      15,07



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,07	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF15	Intensivmedizin

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 63,65



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	63,65	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	63,65	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**



### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP15	Stomamanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

### B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-2 Unfallchirurgie und Orthopädie

### B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Unfallchirurgie und Orthopädie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	komm. Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Ulf Kilian
Telefon	0341/444-3601
Fax	0341/444-3602
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja



### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC63	Amputationschirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	nur intensivmedizinische Akutversorgung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	konservativ
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VO16	Handchirurgie	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC71	Notfallmedizin	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC58	Spezialsprechstunde	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VO21	Traumatologie	
VC69	Verbrennungschirurgie	eingeschränkt
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	3032
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	291	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S06	228	Verletzung des Schädellinneren
3	M17	213	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
4	S52	203	Knochenbruch des Unterarmes
5	S82	179	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
6	M20	165	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
7	S42	164	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
8	M16	124	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
9	M54	111	Rückenschmerzen
10	T84	85	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
11	Q66	76	Angeborene Fehlbildung der Füße
12	M21	67	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen
13	M23	67	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
14	S00	64	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
15	S83	58	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder



## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	787	Pflegebedürftigkeit
2	5-786	500	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
3	5-788	499	Operation an den Fußknochen
4	5-794	445	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
5	5-822	372	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
6	3-200	359	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
7	5-787	340	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
8	3-205	231	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel
9	5-820	230	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
10	8-800	203	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
11	5-790	202	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
12	5-812	184	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
13	5-800	183	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk
14	5-896	172	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
15	8-930	172	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Chefarztsprechstunde

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)

### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
-------------	---

### D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
-------------	---

### Notfallambulanz (24h)

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
-------------	------------------------------





## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

## B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,33

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,33	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 267,60812

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,16



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,16	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,16	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 331,00437

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

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

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF44	Sportmedizin
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF28	Notfallmedizin
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

**B-2.11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 29,48



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,48	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,73	
Nicht Direkt	0,75	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 102,84939

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,58

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,58	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1918,98734

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,03



## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,03	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1493,59606

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

#### **B-2.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## **B-3** Allgemein- und Viszeralchirurgie

### **B-3.1** Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemein- und Viszeralchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Allgemeine- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	ChA Dr. med. Shueb Mussa
Telefon	0341/444-3631
Fax	0341/444-3632
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>



### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VD12	Dermatochirurgie	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VR06	Endosonographie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	HD Technologie 3D Bildschirm
VR02	Native Sonographie	
VC20	Nierenchirurgie	
VC71	Notfallmedizin	
VI38	Palliativmedizin	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC62	Portimplantation	
VC00	Proktologie	
VG00	Beckenboden Rekonstruktion	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC58	Spezialprechstunde	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VH23	Spezialprechstunde	
VC24	Tumorchirurgie	
VD20	Wundheilungsstörungen	

## B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1745
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	224	Leistenbruch (Hernie)
2	K80	212	Gallensteinleiden
3	K35	115	Akute Blinddarmentzündung
4	L02	109	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
5	K57	87	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
6	K60	86	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms
7	K43	70	Bauchwandbruch (Hernie)
8	K61	65	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
9	K64	61	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
10	L05	60	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
11	K56	59	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
12	K62	48	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
13	C18	43	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
14	K42	42	Nabelbruch (Hernie)
15	R10	23	Bauch- bzw. Beckenschmerzen



### B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-932	325	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
2	5-916	280	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
3	3-225	273	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
4	5-511	246	Operative Entfernung der Gallenblase
5	5-530	231	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
6	9-984	178	Pflegebedürftigkeit
7	5-469	173	Sonstige Operation am Darm
8	8-831	151	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
9	8-930	149	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
10	5-896	141	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Versorgung viszeralchirurgischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

#### Chefarztsprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

#### Sprechstunden: Viszeralchirurgie, Proktologie / Darmzentrum, Viszeralchirurgie / Darmzentrum

Ambulanzart Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

##### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein



## B-3.11 Personelle Ausstattung

### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,39

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,39	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 207,9857

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,64

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,64	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,64	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 309,39716





### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF34	Proktologie

### B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,65

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,65	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,22	
Nicht Direkt	0,43	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 127,83883

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4154,7619

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,99

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 876,88442



### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1745

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care
ZP08	Kinästhetik

### **B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-4 Zentrum für Gefäßmedizin

### B-4.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Zentrum für Gefäßmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1518
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Olaf Richter
Telefon	0341/444-3634
Fax	0341/444-3595
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt für Angiologie
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Lutz Pomper
Telefon	0341/444-5491
Fax	0341/444-3595
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

### B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----



### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VR15	Arteriographie	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	wenn Gefäßkomplikationen vorhanden sind
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VR04	Duplexsonographie	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VR02	Native Sonographie	
VC20	Nierenchirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VR16	Phlebographie	
VC62	Portimplantation	
VI41	Shuntzentrum	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VC00	Gefäßtransplantation	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	

### B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1663
Teilstationäre Fallzahl	0



## B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	435	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	T82	262	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdkörper wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
3	N18	169	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion
4	E11	163	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
5	I87	91	Sonstige Venenkrankheit
6	I65	73	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
7	I74	62	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
8	I83	49	Krampfader der Beine
9	I72	36	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer
10	I71	35	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
11	I86	33	Sonstige Krampfader
12	N17	29	Akutes Nierenversagen
13	I80	25	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung
14	T87	22	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind
15	I77	18	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern
16	I97	15	Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen
17	E10	13	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1
18	T81	13	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
19	L03	10	Eitrig, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
20	Z48	10	Sonstige Nachbehandlung nach operativem Eingriff
21	L89	7	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone

## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-380	669	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels
2	5-394	662	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation
3	9-984	647	Pflegebedürftigkeit
4	5-381	620	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	8-836	561	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
6	8-83b	506	Zusatzinformationen zu Materialien
7	5-896	401	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8	3-607	324	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
9	5-392	299	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene
10	3-605	295	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
11	5-930	283	Art des verpflanzten Materials
12	8-840	222	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße
13	5-865	221	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes
14	3-614	183	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches
15	5-399	183	Sonstige Operation an Blutgefäßen

#### B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

##### Sprechstunde

**Ambulanzart** Privatambulanz (AM07)

##### Versorgung gefäßchirurgischer Notfälle

**Ambulanzart** Notfallambulanz (24h) (AM08)

**Angebotene Leistung** Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)

##### Sprechstunde

**Ambulanzart** Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

**Angebotene Leistung** Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)

##### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

**Ambulanzart** Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

**Angebotene Leistung** Aortenaneurysmachirurgie (VC16)

**Angebotene Leistung** Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)

**Angebotene Leistung** Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

**Angebotene Leistung** Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)

#### B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#### B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

##### Zulassung vorhanden

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

**Stationäre BG-Zulassung vorhanden** Nein



## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,89

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,89	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 139,86543

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,95

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,95	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 209,18239





## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ07	Gefäßchirurgie	die Gefäßchirurgie ist ein zertifiziertes Schwerpunktzentrum für gefäßchirurgische Komplikationen

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

### B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15,11

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,11	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,52	
Nicht Direkt	0,59	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 110,05956

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,35

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4751,42857

## Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1663



### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,19

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,19	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1397,47899

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ08	Pflege im Operationsdienst

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

##### **B-4.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-5 Pneumologie

### B-5.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Pneumologie
Fachabteilungsschlüssel	0108
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Kliniken für Pneumologie und Kardiologie
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Thomas Blankenburg
Telefon	0341/444-3621
Fax	0341/444-3623
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

### B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

### B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
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	mit pneumonaler Beteiligung
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	inklusive COPD und Asthma bronchiale
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Diagnostik und Therapie des malignen Pleuramesothelioms, Diagnostik und Therapie pulmonaler und pleuraler Metastasen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR06	Endosonographie	
VI20	Intensivmedizin	
VR02	Native Sonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VI00	Diagnostik und Therapie des allergischen Asthma bronchiale	
VI00	Sonstige im Bereich Innere Medizin	

## B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1586
Teilstationäre Fallzahl	0



## B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J44	299	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
2	I50	125	Herzschwäche
3	J15	108	Lungenentzündung durch Bakterien
4	J20	85	Akute Bronchitis
5	C34	83	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
6	J12	66	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
7	I26	54	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
8	J18	48	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
9	R91	38	Ungewöhnliches Ergebnis bei bildgebenden Untersuchungen (z.B. Röntgen) der Lunge
10	N39	34	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
11	E86	33	Flüssigkeitsmangel
12	J84	33	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge
13	A49	30	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet
14	E66	27	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht
15	D38	26	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig

## B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-620	836	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
2	1-710	739	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
3	9-984	561	Pflegebedürftigkeit
4	3-222	545	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
5	1-715	394	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
6	1-843	373	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
7	8-716	237	Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung
8	8-930	206	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
9	8-831	200	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
10	1-632	194	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
11	3-225	155	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	8-980	154	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
13	3-202	138	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
14	3-200	119	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
15	1-712	107	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung

## B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Sprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

### Behandlung pneumologischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanzart Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

Angebotene Leistung Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)

## B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,43



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,43	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,43	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 213,45895

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 528,66667

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**





### B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,85	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,5	
Nicht Direkt	0,35	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 100,06309

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,76	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2086,84211

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,44

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1101,38889

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP08	Kinästhetik

### **B-5.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-6 Kardiologie

### B-6.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Kardiologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Kliniken Pneumologie und Kardiologie
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Thomas Blankenburg
Telefon	0341/444-3621
Fax	0341/444-3623
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

### B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

### B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	nicht-invasiv



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI34	Elektrophysiologie	
VI39	Physikalische Therapie	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	

## B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	853
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	264	Herzschwäche
2	I48	135	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
3	E86	47	Flüssigkeitsmangel
4	I10	42	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
5	N39	36	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
6	I11	27	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
7	I95	24	Niedriger Blutdruck
8	A46	18	Wundrose - Erysipel
9	E11	15	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
10	E87	15	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
11	A49	13	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet
12	J15	13	Lungenentzündung durch Bakterien
13	R55	12	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
14	I49	9	Sonstige Herzrhythmusstörung
15	J20	9	Akute Bronchitis



## B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	444	Pflegebedürftigkeit
2	3-200	132	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	3-052	111	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
4	1-710	109	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
5	3-222	107	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
6	8-640	104	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
7	8-930	69	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
8	8-152	63	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
9	1-632	60	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
10	8-98g	49	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
11	8-800	45	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
12	1-440	44	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
13	1-266	40	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
14	1-620	40	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
15	8-831	38	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist

## B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Versorgung kardiologischer Notfälle

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angeborene Leistung	Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)

### Sprechstunde

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angeborene Leistung	Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)

## B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.



## B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

## B-6.11 Personelle Ausstattung

### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,76

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,76	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 179,20168

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,1



## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 775,45455

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF28	Notfallmedizin

## B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,32



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,32	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,2	
Nicht Direkt	0,12	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 46,56114

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,84

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,84	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 463,58696





### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

### B-6.11.3 *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-7 Gastroenterologie und Onkologie

### B-7.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Gastroenterologie und Onkologie
Fachabteilungsschlüssel	0190
Art	Hauptabteilung

### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie und Onkologie
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. med. Ralph Stephan
Telefon	0341/444-3622
Fax	0341/444-3623
E-Mail	<a href="mailto:info@diako-leipzig.de">info@diako-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.diako-leipzig.de">http://www.diako-leipzig.de</a>

### B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja



### B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Mitbetreuung
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
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	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VR04	Duplexsonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VI35	Endoskopie	
VR06	Endosonographie	
VR02	Native Sonographie	
VI38	Palliativmedizin	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VI00	Sonstige im Bereich Innere Medizin	
VI27	Spezialprechstunde	Gastroenterologie
VI45	Stammzelltransplantation	Mitbehandlung
VI42	Transfusionsmedizin	



## B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1910
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K29	114	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
2	K70	110	Leberkrankheit durch Alkohol
3	K80	102	Gallensteinleiden
4	K85	78	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
5	N39	59	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
6	K92	54	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
7	K21	53	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
8	C25	51	Bauchspeicheldrüsenkrebs
9	D12	48	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus
10	C83	45	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom
11	D50	45	Blutarmut durch Eisenmangel
12	E11	44	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
13	F10	43	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
14	A09	42	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
15	K22	41	Sonstige Krankheit der Speiseröhre

## B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1040	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	9-984	734	Pflegebedürftigkeit
3	1-440	595	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
4	1-650	453	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
5	3-225	347	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
6	8-800	339	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	5-513	319	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
8	3-222	283	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
9	5-452	207	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
10	5-469	205	Sonstige Operation am Darm
11	3-056	188	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre
12	8-831	185	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
13	8-930	175	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
14	1-444	161	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
15	3-200	145	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel

## B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Chefarztsprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

### Behandlung gastroenterologischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanzart Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

## B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

## B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-7.11 Personelle Ausstattung

### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,56



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,56	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,56	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 223,13084

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,53

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,53	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,53	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 421,63355

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie



### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,86	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,56	
Nicht Direkt	0,3	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 83,55206

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1910

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,12

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,12	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 15916,66667



### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP20	Palliative Care

### B-7.11.3 *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-8 Urologie

### B-8.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Belegabteilung

### Ärztliche Leitung

Belegärztin oder Belegarzt	
Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Detlef Nietzsche
Telefon	0341/45338-0
Fax	0341/45338-22
E-Mail	<a href="mailto:praxis@uro-diako.de">praxis@uro-diako.de</a>
Straße/Nr	Georg-Schwarz-Straße 53
PLZ/Ort	04179 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.uro-diako.de/">http://www.uro-diako.de/</a>





## Belegärztin oder Belegarzt

<b>Funktion</b>	Belegarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Ghandi Al-Ali
<b>Telefon</b>	0341/45338-0
<b>Fax</b>	0341/45338-22
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:praxis@uro-diako.de">praxis@uro-diako.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Georg-Schwarz-Str. 53
<b>PLZ/Ort</b>	04179 Leipzig
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.uro-diako.de/">http://www.uro-diako.de/</a>

## Belegärztin oder Belegarzt

<b>Funktion</b>	Belegarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Med. Wito de Schulz
<b>Telefon</b>	0341/902385-77
<b>Fax</b>	0341/902385-79
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:praxis@uro-diako.de">praxis@uro-diako.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Zschochersche Str. 81
<b>PLZ/Ort</b>	04229 Leipzig
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.uro-diako.de/">http://www.uro-diako.de/</a>

## B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

## B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialprechstunde
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie



## B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	398
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	256	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
2	N40	38	Gutartige Vergrößerung der Prostata
3	C61	28	Prostatakrebs
4	N41	17	Entzündliche Krankheit der Prostata
5	N43	11	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen
6	C67	9	Harnblasenkrebs
7	N47	9	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut
8	N30	7	Entzündung der Harnblase
9	R39	5	Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen
10	D30	4	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
11	R31	4	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
12	D29	< 4	Gutartiger Tumor der männlichen Geschlechtsorgane
13	D40	< 4	Tumor der männlichen Geschlechtsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
14	N35	< 4	Verengung der Harnröhre
15	N42	< 4	Sonstige Krankheit der Prostata

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	268	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	3-13d	265	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel
3	9-984	93	Pflegebedürftigkeit
4	1-464	90	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
5	5-560	76	Erweiterung des Harnleiters bei einer Operation oder Spiegelung
6	8-132	46	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
7	5-573	19	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	1-661	14	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
9	5-611	12	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden
10	1-999	11	Zusatzinformationen zu Untersuchungen
11	5-640	10	Operation an der Vorhaut des Penis
12	5-572	6	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
13	5-624	4	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack
14	8-133	4	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke
15	8-138	4	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke

## B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Belegarztpraxis am Haus

Ambulanzart

Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)

## B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 2

Anzahl stationäre Fälle je Person: 199

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen



### **B-8.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

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 stationäre Vollkraft:

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

**B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-9 Frauenheilkunde

### B-9.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Frauenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art	Belegabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alexander Möckel
Telefon	0341/960-0191
E-Mail	<a href="mailto:praxis@dr-moeckel.com">praxis@dr-moeckel.com</a>
Straße/Nr	An der Verfassungslinde 1
PLZ/Ort	04103 Leipzig
Homepage	<a href="http://dr-moeckel.com/">http://dr-moeckel.com/</a>

##### Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Reinhard Pfeiffer
Telefon	0341/911-2618
Fax	0341/91-3385
E-Mail	<a href="mailto:praxis@wunschkind-leipzig.de">praxis@wunschkind-leipzig.de</a>
Straße/Nr	Delitzscher Straße 1
PLZ/Ort	04129 Leipzig
Homepage	<a href="http://www.wunschkind-leipzig.de/">http://www.wunschkind-leipzig.de/</a>

### B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

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

### B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VG00	Diagnostik und operative Therapie von Fehlbildungen der genitalen Organe	Neovagina, Septumabtragung und Metroplastik
VG00	Beckenboden Rekonstruktion	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VG05	Endoskopische Operationen	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	

## B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	53
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N80	13	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
2	N73	8	Sonstige Entzündung im weiblichen Becken
3	D25	6	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
4	D05	< 4	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse
5	D06	< 4	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) des Gebärmutterhalses
6	D27	< 4	Gutartiger Eierstocktumor
7	D39	< 4	Tumor der weiblichen Geschlechtsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
8	K66	< 4	Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)
9	N70	< 4	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung
10	N72	< 4	Entzündung des Gebärmutterhalses
11	N83	< 4	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
12	N84	< 4	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane
13	N85	< 4	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses
14	N88	< 4	Sonstige nichtentzündliche Krankheit des Gebärmutterhalses
15	N94	< 4	Schmerz bzw. andere Zustände der weiblichen Geschlechtsorgane aufgrund der Regelblutung



## B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-667	24	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas
2	5-657	15	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
3	5-681	10	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
4	1-694	9	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
5	1-672	8	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
6	5-651	7	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
7	5-666	7	Wiederherstellende Operation am Eileiter
8	5-702	7	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide
9	5-469	4	Sonstige Operation am Darm
10	5-690	4	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung
11	1-471	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt
12	5-542	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Bauchwand
13	5-543	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle
14	5-546	< 4	Wiederherstellende Operation an der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)
15	5-652	< 4	Operative Entfernung des Eierstocks

## B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Vor- und Nachbetreuung

Ambulanzart

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

## B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein



## B-9.11 Personelle Ausstattung

### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 2

Anzahl stationäre Fälle je Person: 26,5

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

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 stationäre Vollkraft: 0





### B-9.11.3 *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-10 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-10.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art	Belegabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. habil. Christian Mozet
Telefon	0341/213-0608
Fax	0341/213-0609
E-Mail	<a href="mailto:info@nasenop.de">info@nasenop.de</a>
Straße/Nr	Johannisplatz 1
PLZ/Ort	04103 Leipzig
Homepage	<a href="https://www.hno-johannisplatz.de">https://www.hno-johannisplatz.de</a>

##### Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Milos Fischer
Telefon	0341/213-0608
Fax	0341/213-0609
E-Mail	<a href="mailto:info@nasenop.de">info@nasenop.de</a>
Straße/Nr	Johannisplatz 1
PLZ/Ort	04103 Leipzig
Homepage	<a href="https://www.hno-johannisplatz.de">https://www.hno-johannisplatz.de</a>



#### Belegärztin oder Belegarzt

<b>Funktion</b>	Belegärztin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Gritt Piel
<b>Telefon</b>	0341/213-0608
<b>Fax</b>	0341/213-0609
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@nasenop.de">info@nasenop.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Johannisplatz 1
<b>PLZ/Ort</b>	04103 Leipzig
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.hno-johannisplatz.de">https://www.hno-johannisplatz.de</a>

### B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

### B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege

### B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	586
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0



## B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J34	390	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
2	J32	159	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
3	H66	15	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung
4	H61	5	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörgangs
5	D11	< 4	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen
6	D14	< 4	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane
7	D23	< 4	Sonstige gutartige Tumoren der Haut
8	G47	< 4	Schlafstörung
9	H70	< 4	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten
10	H71	< 4	Eitrige Entzündung des Mittelohres mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom
11	H80	< 4	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose
12	H90	< 4	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls
13	J35	< 4	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
14	J39	< 4	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege

## B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	551	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5-214	497	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
3	5-224	134	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
4	5-185	23	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang
5	8-500	20	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)
6	5-221	19	Operation an der Kieferhöhle
7	5-195	18	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen
8	5-222	7	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle
9	5-181	6	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres
10	9-984	6	Pflegebedürftigkeit
11	8-930	4	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
12	5-192	< 4	Erneute Operation nach Entfernung des Steigbügels aus dem Ohr



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-197	< 4	Operativer Einsatz einer Steigbügelprothese
14	5-200	< 4	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
15	5-203	< 4	Operative Ausräumung des Warzenfortsatzes

## B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanzart Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

## B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-10.11 Personelle Ausstattung

### B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 4

Anzahl stationäre Fälle je Person: 146,5

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** Belegstation

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**B-10.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:** Nein



## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	< 4	< 4	< 4	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	< 4	< 4	< 4	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	74	100,00 %	74	
Gynäkologische Operationen (15/1)	42	100,00 %	42	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	122	100,82 %	123	
Mammachirurgie (18/1)	4	100,00 %	4	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	306	100,00 %	306	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	242	100,00 %	242	
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	221	100,00 %	221	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	26	100,00 %	26	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	216	100,00 %	214	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	204	100,00 %	202	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	12	100,00 %	12	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	< 4	< 4	< 4	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	166	100,00 %	166	



## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

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

**C-1.2.[1] A.I** *Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt*

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	166
Beobachtete Ereignisse	162
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,59%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,98 - 99,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,97 - 99,06%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,18%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	98,84 - 98,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,61 - 99,50%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	158
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,53%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,02 - 99,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,82 - 99,04%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	106
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,15%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,50 - 99,49%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	





Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,91 - 98,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,54 - 98,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009



Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	65
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	73,03%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,95 - 93,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	63,00 - 81,16%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71
Kommentar beauftragte Stelle	Hinweis auf Prozessmängel. Der Leistungserbringer hat bereits Maßnahmen zu deren Beseitigung ergriffen und die der Fachkommission QS CAP geeignet erscheinen, das Indikatorergebnis zu verbessern.

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	66
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	72,53%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	62,59 - 80,64%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,18%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,98 - 92,88%



<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	U63
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232004_2013
<b>Grundgesamtheit</b>	50
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	46
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	92,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,97 - 93,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	81,16 - 96,85%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
<b>Ergebnis-ID</b>	2028
<b>Grundgesamtheit</b>	117
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	112
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,73%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,84 - 96,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	90,38 - 98,16%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232005_2028
<b>Grundgesamtheit</b>	81
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	77



<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,06%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,28 - 95,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,98 - 98,06%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
<b>Ergebnis-ID</b>	2036
<b>Grundgesamtheit</b>	112
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	110
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,21%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,64 - 98,75%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	93,72 - 99,51%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232006_2036
<b>Grundgesamtheit</b>	77
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	76
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,70%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,59 - 98,72%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	93,00 - 99,77%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	165
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,64 - 96,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,72 - 100,00%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,49 - 96,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,60 - 100,00%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,65



<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,75
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,91 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,96 - 0,99
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,32 - 1,67
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	232007_50778
<b>Grundgesamtheit</b>	138
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	11
<b>Erwartete Ereignisse</b>	15,53
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,71
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,81 - 0,83
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,40 - 1,22
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	232010_50778
<b>Grundgesamtheit</b>	46
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	8,88
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,68
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,65 - 0,67
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,32 - 1,33
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	231900
<b>Grundgesamtheit</b>	110
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	16
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	14,55%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	16,67 - 17,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	9,16 - 22,33%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
<b>Ergebnis-ID</b>	232008_231900
<b>Grundgesamtheit</b>	166
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	31
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	18,67%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,14 - 18,43%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	13,48 - 25,29%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	



Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	11643
Beobachtete Ereignisse	81
Erwartete Ereignisse	52,48
Ergebnis (Einheit)	1,54
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,24 - 1,92
Bewertung des Stellungsverfahren	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	11643
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung des Stellungsverfahren	R10





Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	11643
Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,66%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,53 - 0,83%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	11643
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	11643
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,03%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,01 - 0,09%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,89%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,41 - 89,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,50 - 98,01%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	10211
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 20,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	7,20 - 8,05%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	172000_10211
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,90 - 12,55%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	172001_10211
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-



<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,39 - 14,67%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
<b>Ergebnis-ID</b>	12874
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 1,05%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 39,03%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
<b>Ergebnis-ID</b>	51906
<b>Grundgesamtheit</b>	31
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,18
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,18
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 18,84
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
<b>Ergebnis-ID</b>	52283
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,59 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,05 - 3,27%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	60685
<b>Grundgesamtheit</b>	9
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,66 - 0,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 29,91%
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	R10



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	60686
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 42,35\%$ (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,56 - 20,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
<b>Ergebnis-ID</b>	52307
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,34 - 98,53%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,69$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 69,85
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,34$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 989,84
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 244,07
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,34 - 88,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71
Kommentar beauftragte Stelle	Strukturmängel. Es wurden vom Leistungserbringer bereits Maßnahmen ergriffen, die der Fachkommission als geeignet erscheinen, das Indikatorergebnis zu verbessern.





Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,03 - 95,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,20 - 1,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	



<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,56 - 99,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,11 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,41
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsverfahren	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
<b>Ergebnis-ID</b>	101802
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,37 - 51,10%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsverfahren	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
<b>Ergebnis-ID</b>	101803
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsverfahren	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	4,62
Ergebnis (Einheit)	2,17
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 0,86
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,08 - 3,80
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	130
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,60 - 97,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,13 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,55%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,46 - 92,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,82 - 99,39%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,52%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 15,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,06 - 9,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,02 - 13,51%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	197
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%



<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,89 - 97,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,09 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	11,14
Ergebnis (Einheit)	1,35
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,83 - 2,15
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,21%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	10,27
Ergebnis (Einheit)	2,14
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,25$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,47 - 3,01
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,65%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,77$ % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 1,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,15 - 9,78%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,44 - 8,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,96%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,37 - 4,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,81 - 20,15%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71





Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,85%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,65 - 8,69%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,45
Ergebnis (Einheit)	1,74
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,83 - 3,23
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Implantatassoziierte Komplikationen



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	191800_54120
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,66
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,12 - 3,30
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Weichteilkomplikationen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	191801_54120
<b>Grundgesamtheit</b>	28
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	1,99
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,51
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,11 - 5,01
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	5,35
Ergebnis (Einheit)	1,50
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,77 - 2,79
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,88%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,25 - 10,23%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,94%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,60 - 10,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	5,07 - 15,31%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	19,22
Ergebnis (Einheit)	1,25
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,22 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,87 - 1,72
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	9,32
Ergebnis (Einheit)	2,25
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,42$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,51 - 3,26
Bewertung des Stellungsverfahren	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	4,17
Ergebnis (Einheit)	2,64
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,50 - 4,52
Bewertung des Stellungsverfahren	



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sturzprophylaxe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Ergebnis-ID</b>	54050
<b>Grundgesamtheit</b>	105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	103
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,10%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,22 - 97,48%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	93,32 - 99,48%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren -Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
<b>Ergebnis-ID</b>	52321
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,72 - 98,90%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,80\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,53 - 92,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,08 - 99,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,44 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	604
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,55 - 99,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,20 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10





Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	605
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,24 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,57%
Bewertung des Stellungsverfahren	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	606
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 2,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Bewertung des Stellungsverfahren	



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,72
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 4,77
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,03
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,04 - 8,40
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51437
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,39 - 98,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51443
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,92 - 99,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	51445
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,69 - 2,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51448
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,72 - 6,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	51859
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,78 - 3,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51860
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,82 - 5,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51865
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51873
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
<b>Ergebnis-ID</b>	52240
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,48 - 10,10%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
<b>Ergebnis-ID</b>	161800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,34 - 5,20%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	R10



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,02 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,25%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	184
Beobachtete Ereignisse	184
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,95 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	18





Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,22 - 97,61%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,41 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,95 - 92,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,24
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,19 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,22 - 6,90
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	202
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,98%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,77 - 4,98%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	203
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,96%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,36 - 6,30%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,84 - 4,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	203
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,86%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Ergebnis-ID	54128
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	221
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,43%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,78 - 99,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,18 - 99,97%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Primäre Axilladisektion bei DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
Ergebnis-ID	2163
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
Ergebnis-ID	50719



<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,90 - 3,87%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
<b>Ergebnis-ID</b>	51370
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 7,69 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,80 - 2,04%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
<b>Ergebnis-ID</b>	51846
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %



Vertrauensbereich (bundesweit)	98,11 - 98,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
<b>Ergebnis-ID</b>	51847
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,79 - 97,18%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
<b>Ergebnis-ID</b>	52279
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,86 - 99,09%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	N01



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52330
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,26 - 99,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nachresektionsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden
Ergebnis-ID	60659
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 20,77\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,41 - 10,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
Ergebnis-ID	211800
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 97,82\%$ (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,42 - 99,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
Ergebnis-ID	212000
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,95\%$ (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,52 - 95,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01





<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
<b>Ergebnis-ID</b>	212001
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 54,43$ % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	85,40 - 86,30%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich
<b>Ergebnis-ID</b>	56000
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 40,97$ % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	64,05 - 64,45%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
<b>Ergebnis-ID</b>	56001
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 41,48 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	27,71 - 28,11%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56003
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 67,57 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	75,91 - 76,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56004



<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,98 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,54 - 2,88%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56005
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,65 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,90
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,14 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsverfahren	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56007
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,50 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,91
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 24,47
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt unbekannt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
<b>Ergebnis-ID</b>	56008
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 0,15 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,20 - 0,22%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	R10



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	56009
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,86 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	4,35 - 4,47%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	56010
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 21,93 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	16,68 - 17,65%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	56011
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	



Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,77 - 10,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,05 - 94,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10



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

**Legende - Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren**

A43	=	unzureichend
A71	=	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	=	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D80	=	Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	=	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	=	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	=	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	=	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
S92	=	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U34	=	zureichend
U61	=	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	=	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	=	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

**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

### Leistungsbereich: Cholezystektomie-Operationen (Endoskopisch)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wundinfektion
<b>Ergebnis</b>	6 von 213
<b>Messzeitraum</b>	2022
<b>Datenerhebung</b>	Beteiligung an KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen durch Hygienefachkräfte
<b>Rechenregeln</b>	A1: 1,41 WU-Infektionsrate, A2: 0,47 WU-Infektionsrate, A3: 0,94 WU-Infektionsrate
<b>Referenzbereiche</b>	NRZ - A1 -> 0,75 -> 75 %-Quantil; A2 -> 0,10 -> 75%-Quantil; A3 -> 0,41->75%-Quantil
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen

### Leistungsbereich: Carotis-Gabel-Rekonstruktion-Operationen

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wundinfektion
<b>Ergebnis</b>	0 von 73
<b>Messzeitraum</b>	2022
<b>Datenerhebung</b>	Beteiligung an KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen durch Hygienefachkräfte
<b>Rechenregeln</b>	A1: 0,00 WU-Infektionsrate, A2: 0,00 WU-Infektionsrate, A3: 0,00 WU-Infektionsrate
<b>Referenzbereiche</b>	NRZ - A1 -> 0,26-> 75 %-Quantil; A2 -> 0,00-> 75%-Quantil; A3 -> 0,00 -> 75%-Quantil
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen





## Leistungsbereich: Cholezystektomie-Operationen (offen)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wundinfektion
<b>Ergebnis</b>	2 von 21
<b>Messzeitraum</b>	2022
<b>Datenerhebung</b>	Beteiligung KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen durch Hygienefachkräfte
<b>Rechenregeln</b>	A1: 9,41 WU-Infektionsrate, A2: 0,00 WU-Infektionsrate, A3: 0,00 WU-Infektionsrate
<b>Referenzbereiche</b>	NRZ - A1 -> ,70 -> 75 %-Quantil; A2 -> 0,00 -> 75%-Quantil; A3 -> 0,00 -> 75%-Quantil
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen

## Leistungsbereich: Reposition bei Fraktur prox. Femur (geschlossen)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wundinfektion
<b>Ergebnis</b>	2 von 133
<b>Messzeitraum</b>	2022
<b>Datenerhebung</b>	Beteiligung an KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen durch Hygienefachkräfte
<b>Rechenregeln</b>	A1: 0,75 WU-Infektionsrate, A2: 0,00 WU-Infektionsrate, A3: 0,75 WU-Infektionsrate
<b>Referenzbereiche</b>	NRZ - A1 -> 0,43-> 75 %-Quantil; A2 -> 0,61 -> 75%-Quantil; A3 -> 0,32 -> 75%-Quantil
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen



## Leistungsbereich: Reposition bei Fraktur prox. Femur (offen)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wundinfektion
<b>Ergebnis</b>	4 von 18
<b>Messzeitraum</b>	2022
<b>Datenerhebung</b>	Beteiligung an KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen durch Hygienefachkräfte
<b>Rechenregeln</b>	A1: 5,56 WU-Infektionsrate, A2: 0,00 WU-Infektionsrate, A3: 16,67 WU-Infektionsrate
<b>Referenzbereiche</b>	NRZ - A1 -> 0,00 -> 75 %-Quantil; A2 -> 1,03 -> 75%-Quantil; A3 -> 0,00 -> 75%-Quantil
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	KISS – Erfassung im NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

### C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	186
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	10	15

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

##### Leistungsbereiche

##### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: Ja

##### Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: Ja



### C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

#### Leistungsbereiche

##### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	186
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	215

##### Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	15
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	11

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

#### Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (CQ01)

Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QSRichtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR) (CQ27)

### 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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	83
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	34
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	34

### C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

#### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 1	Tagschicht	100,00%	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 1	Nachtschicht	100,00%	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 2	Tagschicht	100,00%	0



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 2	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 3	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 3	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 7	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 7	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 8	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 8	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4b	Tagschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4b	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 5	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 5	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station ITS	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station ITS	Nachtschicht	100,00%	0

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 1	Tagschicht	94,52%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 1	Nachtschicht	70,68%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 2	Tagschicht	97,08%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 2	Nachtschicht	89,80%
Innere Medizin	Station 3	Tagschicht	98,50%
Innere Medizin	Station 3	Nachtschicht	98,20%
Innere Medizin	Station 7	Tagschicht	97,48%
Innere Medizin	Station 7	Nachtschicht	82,91%
Innere Medizin	Station 8	Tagschicht	97,53%
Innere Medizin	Station 8	Nachtschicht	96,44%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4b	Tagschicht	86,89%



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4b	Nachtschicht	98,69%
Allgemeine Chirurgie	Station 5	Tagschicht	80,55%
Allgemeine Chirurgie	Station 5	Nachtschicht	80,00%
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Tagschicht	96,44%
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Nachtschicht	81,92%
Intensivmedizin	Station ITS	Tagschicht	94,52%
Intensivmedizin	Station ITS	Nachtschicht	98,36%

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

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

### Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?

Nein



## D Qualitätsmanagement

### Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe sowie Kriege in Europa stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagements sowie der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die definierte Qualität zu erreichen und dies messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist u. a. die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen und integrativen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Konzerns und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle AGAPLESION Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten des Konzerns und der jeweiligen Einrichtung.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards oder Pflege- und Behandlungspfade und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Bei neuen gesetzlichen Vorgaben erstellen wir, wo möglich, gemeinsam Konzernvorgaben, um Ressourcen zu bündeln und Synergien zu nutzen. Damit tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung. Die Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds ermöglichen bis 2025 eine deutliche Verbesserung der digitalen Infrastruktur zum Wohle und für die Sicherheit unserer Patient:innen.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



## Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung und ggf. Überleitung der Patient:innen analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft. Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb angemessener Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.



## Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, aus Meldungen zu kritischen Ereignissen, Begehungen und Audits zusammen. Diese werden analysiert und es werden entsprechende Vorbeugemaßnahmen konsentiert.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhaften Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des:r Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation der Patient:innen im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Teilnahme an der Aktion saubere Hände mit Gold-Zertifikat
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards
- Critical Incident Reporting System (CIRS)

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patient:innensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.





## Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die 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.



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015



Zertifizierte Beatmungsentwöhnung



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)



Zertifiziertes Fuß- und Sprunggelenkszentrum der Maximalversorgung der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (D.A.F)



Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)



Zertifizierte Schmerztherapie



Zertifiziert lokales Traumazentrum des TraumaNetzwerk DGU®



Zertifiziertes Gefäßzentrum



## Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem:r Meinungsgeber:in eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiter:innenverhalten 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.

## Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft 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.



## Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

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

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

## Projektmanagement

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt insbesondere die Bearbeitung komplexer Projekte, in die verschiedenen Verantwortungsbereiche eingebunden sind, und die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen betreffen. Unter der Berücksichtigung des AGAPLESION Leitbildes erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2022 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:

### Etablierung des Zentralen Aufnahmemanagements

Um die Behandlungsprozesse in unserem Hause weiter zu optimieren, werden fortan alle Aufgaben an einem Ort gebündelt, die im Vorfeld einer geplanten stationären Aufnahme notwendig sind. Die im Vorfeld von geplanten Operationen notwendige Anästhesie-Sprechstunde findet hier ihren neuen Platz, die pflegerische Aufnahme und die ärztlichen Voruntersuchungen findet hier statt.

### Beginn der Einführung von epias

Das Softwaresystem für die Notaufnahme (epias) hat zum Vorteil, dass damit die Prozesse in der Notaufnahme besser gesteuert, dokumentiert und nachverfolgt werden können und welches es den Patient:innen erlaubt, ihre Wartezeiten besser nachvollziehen zu können.

### Einführung von Vitalwertmonitore

Diese Monitore werden dazu verwendet, Vitalwerte, wie beispielsweise Herzfrequenz zu messen und diese Messung direkt in das Krankenhausinformationssystem zu übertragen.