



## 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> .....	<b>8</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	18
A-9	Anzahl der Betten .....	19
A-10	Gesamtfallzahlen .....	19
A-11	Personal des Krankenhauses .....	19
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	42
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	43
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....	<b>44</b>
B-1	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie.....	44
B-2	Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie.....	49
B-3	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	57
B-4	Klinik für Urologie .....	64
B-5	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.....	71
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b> .....	<b>80</b>



---

C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	80
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	80
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	80
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	122
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	122
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	123
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ..	124
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	124
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	124
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	125
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	126
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	127
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>128</b>



## Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Miriam Haubold
<b>Telefon</b>	0371/430-1038
<b>Fax</b>	0371/430-1127
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:miriam.haubold@ediacon.de">miriam.haubold@ediacon.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Kaufmännische Geschäftsführerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Cornelia Schrickler
<b>Telefon</b>	0371/430-1031
<b>Fax</b>	0371/430-1034
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:cornelia.schricker@ediacon.de">cornelia.schricker@ediacon.de</a>

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.bethanien-chemnitz.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





## Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Träger der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz ist die Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH. Diese ist seit 2008 Bestandteil der Agaplesion Mitteldeutschland gGmbH (ehemals edia.con gGmbH), einer Holding-Gesellschaft, die Krankenhäuser, Altenpflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie weitere soziale Einrichtungen im kirchlich-diakonischen Bereich vereinigt.

Die Bethanien Krankenhaus Chemnitz gGmbH ist der evangelisch-methodistischen Kirche verbunden. Die Bethanien Diakonissen-Stiftung als eine der Gesellschafter nimmt in besonderer Weise die Aufgaben wahr, die diakonische Identität zu fördern und zu unterstützen. So steht unser Zeichen für diesen Grund unseres täglichen Handelns - "Nun aber bleiben Glaube, Hoffnung und Liebe, diese drei; aber die Liebe ist die Größte unter ihnen." (1. Korinther 13,13)

Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz sind ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 300 Betten. Unter unserem Dach kooperieren fünf Kliniken mit den Fachbereichen Allgemein- und Viszeralchirurgie; Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin; Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Rheumatologie; Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie sowie Urologie eng miteinander.

Die interdisziplinäre Arbeit der Fachkliniken wird von unseren Funktionsabteilungen Notaufnahme; OP/Anästhesie; gastroenterologische Endoskopie; urologische Endoskopie; Physiotherapie; AEMP; D-Arzt-Ambulanz; Sozialdienst und Rheumaambulanz unterstützt.

Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz halten und entwickeln vielfältige Beziehungen zu anderen medizinischen Einrichtungen, um eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten. Auf Grundlage der interdisziplinären Konzepte zur Behandlung von Darm- und Prostatakrebs unter Berücksichtigung aktueller, wissenschaftlich fundierter medizinischer Leitlinien wurden das Darmkrebs- und das Prostatakarzinomzentrum der Zeisigwaldkliniken Bethanien jeweils als eines der ersten Zentren in den neuen Bundesländern durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert.

Bereits seit vielen Jahren arbeiten die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz und das DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein eng in der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Beckenbodens, d. h. Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Senkungsbeschwerden, zusammen und bilden seit 2009 das Sächsische Beckenbodenzentrum (zertifiziert nach den fachlichen Anforderungen der Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Deutsche Gesellschaft für Kolo Proktologie). Darüber hinaus existiert seit 2018 ein Zentrum für Interstitielle Zystitis (IC) und Beckenschmerz in der Klinik für Urologie.

Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz sind seit 2010 als lokales Trauma Zentrum im Trauma Netzwerk Westsachsen erfolgreich zertifiziert. Ziel der bundesweiten Netzwerke ist es, durch den Austausch und die Zusammenarbeit der regionalen Kliniken die bestmögliche Behandlung für schwerverletzte Patient:innen zu erreichen, so dass eine schnelle und flächendeckende Versorgung von Schwerstverletzten auf höchstem Versorgungsstandard zu jeder Tages- und Nachtzeit, auch außerhalb der Ballungszentren, sichergestellt werden kann.

Die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wurde im September 2016 nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) auditiert. Die erfolgreiche Zertifizierung zum Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung bestätigt uns ein hohes Maß an Spezialisierung und Kompetenz in der Endoprothetik. Seit 2022 sind die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz auch erfolgreich als Wirbelsäulenzentrum nach den Kriterien der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft zertifiziert. Damit wurden die Richtlinien der Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft erfüllt.

Ebenfalls seit 2022 wurden die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz entsprechend der Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft als „zertifizierte Klinik für Diabetespatienten geeignet“ anerkannt. Damit erhalten betroffene Patient:innen eine leitliniengerechte Versorgung, die alle Aspekte berücksichtigt, die speziell für Diabetespatient:innen von besonderer Bedeutung sind.



Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz nehmen ihre gesellschaftlichen Verantwortungen bei der Ausbildung wahr. Wir bilden an unserem Bethanien Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe pflegerisches Fachpersonal aus. Des Weiteren gehört das Krankenhaus zu den akademischen Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig sowie der Technischen Universität Dresden. Dabei widmen sich die Zeisigwaldkliniken der Ausbildung von Studenten im Praktischen Jahr, dem letzten Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums.

Die angehenden Ärzt:innen können in den einzelnen Fachabteilungen unter modernsten Bedingungen umfassende Fertigkeiten erwerben und an vielfältigen Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen.

Chemnitz, den 31.12.2022

Cornelia Schricker  
Kaufm. Geschäftsführerin  
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz

Michael Veihelmann  
Theol. Geschäftsführer  
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz



## 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	Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz
Hausanschrift	Zeisigwaldstraße 101 09130 Chemnitz
Zentrales Telefon	0371/430-0
Fax	0371/430-1034
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:info@bethanien-sachsen.de">info@bethanien-sachsen.de</a>
Postanschrift	Zeisigwaldstraße 101 09130 Chemnitz
Institutionskennzeichen	261400197
Standortnummer aus dem Standortregister	772659000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.de/</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1236
Fax	0371/430-1204
E-Mail	<a href="mailto:peter.wolf@ediacon.de">peter.wolf@ediacon.de</a>





## Pflegedienstleitung

### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Anke Jentzsch
<b>Telefon</b>	0371/430-1105
<b>Fax</b>	0371/430-1034
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:anke.jentzsch@ediacon.de">anke.jentzsch@ediacon.de</a>

## Verwaltungsleitung

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	kaufm. Geschäftsführerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Cornelia Schricker
<b>Telefon</b>	0371/430-1031
<b>Fax</b>	0371/430-1034
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:cornelia.schricker@ediacon.de">cornelia.schricker@ediacon.de</a>

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	theologischer Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Michael Veihelmann
<b>Telefon</b>	0371/430-1031
<b>Fax</b>	0371/430-1034
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:michael.veihelmann@ediacon.de">michael.veihelmann@ediacon.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

### Krankenhausträger

<b>Name</b>	Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Krankenhausart

<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universitäten</b>	Universität Leipzig Technische Universität Dresden



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Das Leistungsspektrum unserer Physiotherapie beinhaltet u. a. die Atemgymnastik und wird auf ärztliche Anordnung durchgeführt.
MP06	Basale Stimulation	Die Basale Stimulation ist im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie enthalten und wird auf ärztliche Anordnung durchgeführt.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Durch unsere Krankenseelsorge ist es mgl. Sterbe-/Trauerbegleitung zu leisten. Für das Pflegepersonal finden Fortbildungsangebote zur Betreuung von Sterbenden unterschiedlichster Religionen statt. Unter Einbindung des Pflegenetzes Chemnitz ist es mgl. einen Hospiz- u. Palliativdienst anzubieten.
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Das Bewegungsbad/Wassergymnastik wird bei unserem externen Partner ADMEDIA durchgeführt.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Die Durchführung von Bewegungstherapie, auf ärztliche Anordnung, kann durch unsere hausinterne Physiotherapie erfolgen.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bobath-Therapie ist im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie enthalten und kann auf ärztliche Anordnung erfolgen.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Mit Hilfe unserer qualifizierten Mitarbeiter:innen besteht bei uns die Möglichkeit, Patient:innen durch gezielte Diabetesschulungen zu informieren. Natürlich wird auch bei der Verpflegung unserer Patient:innen auf eine diabetesgerechte Ernährung geachtet.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Unsere Diätassistent:innen besuchen unsere Patient:innen auf ärztliche Anordnung. Dabei kann den Patient:innen beratend in Ernährungsfragen beigegeben werden um somit den Heilungsprozess zu beschleunigen oder auf die Notwendigkeit einer speziellen bzw. gesunden Ernährung aufmerksam machen.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Mit Hilfe unseres Entlassmanagements durch den Sozialdienst ist es uns möglich, Patient:innen sowie Angehörige auf die Überleitung in eine andere Pflegeeinrichtung vorzubereiten. Im Mittelpunkt steht dabei ein strukturierter und patient:innenorientierter Ablauf.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Die Mitarbeiter:innen der Ergotherapie werden auf ärztliche Anordnung in allen Bereichen eingesetzt. Mittels ihrer therapeutischen Maßnahmen kann den Patient:innen beim Erlernen bzw. Verbessern der Feinmotorik geholfen werden.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege bzw. Bereichspflege wird in unserem Krankenhaus auf allen Pflegestationen praktiziert. Ein Casemanagement ist auf allen Stationen etabliert.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie ist auch die Fußreflexzonenmassage enthalten.
MP21	Kinästhetik	Die Kinästhetik ist im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie enthalten und kann auf ärztliche Anordnung angewandt werden.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Für stationären Patient:innen bieten wir eine innerklinische Inkontinenzberatung an, bei der erfahrene Ärzt:innen u. Mitarbeiter:innen beratend zur Seite stehen. Auch für die allg. Bevölkerung gibt es eine Inkontinenzsprechstunde, die durch die Dt. Kontinenzgesellschaft e.V. zertifiziert wurde.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Zum Leistungsspektrum unserer Physiotherapie gehört auch die manuelle Lymphdrainage und kann auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden.
MP25	Massage	Auf ärztliche Anordnung können Patient:innen, Dank unserer hausinternen Physiotherapie, Teil- sowie Vollmassagen erhalten.



<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Die Physikalische Therapie ist im Leistungsspektrum der Physiotherapie enthalten. Vor der Therapie werden in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst patient:innengerechte Behandlungspläne erstellt, die so eine optimale Behandlung durch die Physiotherapeut:innen gewährleistet.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Krankengymnastik wird in unserer Einrichtung durch die hausinterne Physiotherapie angeboten. Die Physiotherapeut:innen legen dabei auf ärztliche Anordnung einen patient:innenoptimalen Behandlungsplan zurecht und entscheiden somit über die Durchführung von Einzel- und/oder Gruppentherapie.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Prävention gewinnt immer mehr an Bedeutung. In unserem Krankenhaus gestaltet sich die präventive Arbeit, z.B. durch die Durchführung von Ernährungsberatungen und -schulungen, die auch durch Personen außerhalb eines Krankenhausaufenthaltes genutzt werden können.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	In allen Kliniken ist es uns möglich, bei Patient:innenwunsch oder auf ärztliche Anordnung konsiliarisch Psycholog:innen, Psychoonkolog:innen und Psychotherapeut:innen zur Betreuung anzufordern.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Unsere Physiotherapie bietet eine Rücken- und Haltungsschule auf ärztliche Anordnung in allen Kliniken an. Nicht nur Patient:innen können dies in Anspruch nehmen, auch für unsere Mitarbeiter:innen besteht die Möglichkeit, aktiv an Rückenschulungen teilzunehmen.
MP37	Schmerztherapie/-management	Unsere Mitarbeiter:innen des innerklinischen Schmerzdienstes arbeiten nach evidenzbasierten Leitlinien und werden auf ärztliche Anordnung in allen Kliniken tätig. In ihren Aufgabenbereich fallen dabei die optimale Betreuung von Schmerzpatient:innen, als auch die Durchführung spezieller Verfahren.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Spezielle Beratungen, u. a. zu Ernährung, Stomatherapie, werden durch erfahrene Mitarbeiter:innen in allen Kliniken in Abhängigkeit vom Krankheitsbild angeboten.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Zum Leistungsspektrum unserer Physiotherapie gehören die progressive Muskelentspannung und konzentrierte Entspannungsübungen. Auf ärztliche Anordnung können diese durchgeführt werden.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	In allen unseren Kliniken werden regelmäßig spezielle Pflegevisiten abgehalten.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Durch externe Logopäd:innen können unsere Patient:innen auch in diesem Bereich optimal betreut werden. Die Gestaltung der Therapie richtet sich dabei nach den ärztlichen Anordnungen und wird speziell auf jede:n zu behandelnde:n Patient:in zugeschnitten.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Unser Krankenhaus besitzt einen geschulten Stomatherapeuten, der die Anlage und Pflege von Stomata begleitet und überwacht. Außerdem steht er den Patient:innen sowie deren Angehörigen im Umgang mit dem Stoma beratend zur Seite.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Durch die Kooperation mit verschiedenen Sanitätshäusern und Rehabilitations-Firmen ist es uns möglich, unsere Patient:innen optimal mit benötigten Hilfsmitteln auszustatten.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie ist auch die Behandlung mittels Wärme- und Kälteanwendungen enthalten und wird auf ärztliche Anordnung durchgeführt.
MP51	Wundmanagement	Ein speziell ausgebildeter Mitarbeiter (Wundmanager) ist im Krankenhaus tätig u. ermöglicht durch seine Qualifikation eine leitliniengerechte Betreuung aller Patient:innen mit den unterschiedlichsten Wunden. Dabei begleitet, überwacht und protokolliert er den Verlauf der Wundbehandlung und -heilung.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Unser Krankenhaus setzt auf die Zusammenarbeit mit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS). Diese Einrichtung koordiniert die gezielte Kooperation mit speziellen Selbsthilfegruppen, wie der Deutschen ILCO e. V. und dem Bundesverband ProstataSelbsthilfe e. V.
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf jeder Station kann Aromapflege/-therapie durch geschulte Mitarbeiter:innen durchgeführt werden.
MP63	Sozialdienst	Aufgrund der Zusammenarbeit mit dem "Pflegetz Chemnitz" kann unseren Patient:innen sowie deren Angehörigen beratend und helfend bei sozialen Problemen während des Krankenhausaufenthaltes und bei der Weiterbetreuung beigegeben werden.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	In unserem Haus werden regelmäßig Vorträge zu den unterschiedlichsten Themen in allen Kliniken angeboten.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Auf dem Klinikgelände befindet sich eine Kurzzeitpflegeeinrichtung der Diakonie Stadtmission Chemnitz e. V. Durch eine enge Kooperation ist es möglich, unsere Patient:innen im Bedarfsfall zeitnah nach dem Krankenhausaufenthalt dorthin überzuleiten und unterzubringen.

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

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Jede Station verfügt über mehrere Ein-Bett-Zimmer.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Es besteht die Möglichkeit ein Mutter-Kind-Zimmer einzurichten, um somit die Behandlung und Genesung des Kindes durch die ständige Nähe zu unterstützen.
NM68	Abschiedsraum		Die Klinik verfügt über einen separaten Abschiedsraum. Auf Wunsch der Angehörigen wird der/die Verstorbene durch eine Bestattungsfirma dort aufgebahrt und die Angehörigen können sich in Ruhe verabschieden.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		





Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Individuelle und besondere Essenzusammenstellungen sind aufgrund des Schöpfsystems möglich.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Jede Station verfügt über mehrere Zwei-Bett-Zimmer.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Es besteht die Möglichkeit der kostenpflichtigen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Es werden regelmäßig Vorträge und Informationsveranstaltungen zu speziellen Themen angeboten. Unseren Patient:innen ist es möglich, daran teilzunehmen. Zusätzlich werden von allen Kliniken Patient:innenforen zur Aufklärung verschiedenster Krankheitsbilder außerhalb des Krankenhauses angeboten.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Unsere Grünen Damen nehmen unsere Patient:innen in der Zentralen Patient:innenaufnahme in Empfang, unterstützen sie bei der Erledigung von Formalitäten und begleiten sie auf Station.
NM42	Seelsorge		In unserem Haus sind evangelische und katholische Seelsorger:innen tätig und kommen auf Wunsch zu den Patient:innen. Für Patient:innen, die einer anderen Religion oder Glaubensgemeinschaft angehören, ist es uns jederzeit möglich, Seelsorger:innen der jeweiligen Religion zu vermitteln.
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Informationen zum Patient:innenentertainment liegen in den Patient:innenzimmern aus.
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		



## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	Koordinatorin für besondere Patient:innengruppen
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Christine Nisch
<b>Telefon</b>	0371/430-1101
<b>Fax</b>	0371/430-1100
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:christine.nisch@ediacon.de">christine.nisch@ediacon.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	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Unsere grünen Damen und Herren nehmen die Patienten in der Zentralen Aufnahme in Empfang und unterstützen und begleiten sie.
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	alle Fahrstühle sind rollstuhlgerecht bedienbar
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	in allen Bereichen vorhanden
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Drei Zimmer auf einer Station sind speziell für an Demenz erkrankte Patient:innen eingerichtet und mit Piktogrammen versehen.
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Drei Zimmer auf einer Station sind speziell für an Demenz erkrankte Patient:innen eingerichtet. Mittels besonderer Farb- und Lichtgestaltung, gesonderter Zimmerausstattung und spezieller Wandgestaltung soll diesen Patient:innen die örtliche und zeitliche Orientierung erleichtert werden.
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Unsere Koordinatorin für besondere Patient:innengruppen wird bei der Betreuung von Patient:innen mit Demenz hinzugezogen und begleitet und gestaltet in Zusammenarbeit mit Angehörigen und Pflegepersonal den gesamten Krankenhausaufenthalt.



Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Bei Bedarf können Betten für Übergewichtige und Matratzen in Übergröße bestellt werden. Bettverlängerungen sind im Haus vorhanden.
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte 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	Bei Bedarf ist eine Beschaffung jederzeit über externe Firmen möglich.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Bei Bedarf ist eine Beschaffung jederzeit über externe Firmen möglich.
BF24	Diätische Angebote	In der hauseigenen Küche wird bei der Speisenzubereitung Rücksicht genommen auf Diabetiker:innen u. Patient:innen, denen spez. Ernährungspläne aus Krankheitsgründen verordnet wurden. Durch unsere Ernährungsberatung kann den Patient:innen bei der Essensauswahl beratend zur Seite gestanden werden.
BF25	Dolmetscherdienst	Es stehen Dolmetscher innerhalb der Mitarbeiter:innen sowie externe Dolmetscherdienste zur Verfügung.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	



## 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)	in allen Kliniken sowie in der Notaufnahme möglich
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	In unserem Bethanien Bildungszentrum für Gesundheitsfachberrufe bilden wir Pflegefachkräfte aus. Der Unterricht gestaltet sich nach dem Lehrplan des Sächs. Staatsministeriums für Kultur nach Lernfeldern. Der Fachunterricht wird durch ärztliche u. nichtärztliche Dozent:innen unterstützt.
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	in Kooperation mit dem Klinikum Chemnitz
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	in Kooperation mit der Carus Akademie Dresden
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	In unserem Bethanien Bildungszentrum für Gesundheitsfachberrufe bilden wir Pflegehilfskräfte aus. Der Unterricht gestaltet sich nach dem Lehrplan des Sächs. Staatsministeriums für Kultur nach Lernfeldern.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	



## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	300

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	10351
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	16928
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: 81,86

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	81,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	79,13	
Nicht Direkt	2,73	

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 53,51



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	53,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	50,78	
Nicht Direkt	2,73	

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

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	





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

Anzahl: 0

**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: 236,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	236,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	235,45	
Nicht Direkt	0,63	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 93,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	93,21	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Case Management, OP, ambulante Notaufnahme
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	93,21	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Case Management, OP, ambulante Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

## Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 14,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,54	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 7,56

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,56	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Notaufnahme
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,56	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

## Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften



**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,49

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,49	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,28

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,28	
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:** 17,16

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,16	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,16	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,57

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,57	Allgemeine Stationskostenstelle
Ambulant	0	Allgemeine Stationskostenstelle

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,57	
Nicht Direkt	0	

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,97

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,97	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,97



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,97	OP-Mitarbeiter
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,97	OP-Mitarbeiter
Nicht Direkt	0	

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 2,07

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,07	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 1,03

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,03	
Ambulant	0	





Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,03	
Nicht Direkt	0	

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

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 12,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,02	
Nicht Direkt	0	



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

Anzahl Vollkräfte: 0,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,45	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,13	
Nicht Direkt	0	

**SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

Anzahl Vollkräfte: 1,52

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,52	
Nicht Direkt	0	

### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	



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

**Anzahl Vollkräfte:** 0,92

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

**SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,65

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,65	
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	Miriam Haubold
Telefon	0371/430-1038
Fax	0371/430-1127
E-Mail	<a href="mailto:miriam.haubold@ediacon.de">miriam.haubold@ediacon.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Pflegedirektion, ärztliche Direktion, QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Angaben zur Person

Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement
--------------------	---

##### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1236
Fax	0371/430-1204
E-Mail	<a href="mailto:peter.wolf@ediacon.de">peter.wolf@ediacon.de</a>

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Pflegedirektion, ärztliche Direktion, QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise



## 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: 01.01.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verfahrensanweisung Medizinisches Notfallmanagement Datum: 27.03.2023
RM05	Schmerzmanagement	Name: Verfahrensanweisung Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 26.06.2023
RM06	Sturzprophylaxe	Name: VA Sturzmanagement Datum: 18.03.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Verfahrensanweisung Dekubitusmanagement Datum: 21.02.2011
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Verfahrensanweisung Patientensicherheit und Fixierung Datum: 28.02.2022
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGA AMTech Handbuch Medizintechnik Datum: 01.07.2021
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: OP-Statut Datum: 19.03.2021
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Empfehlungen für Patientensicherheit + OP-Statut Datum: 19.03.2021
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Standards und Checklisten Aufwachraum Datum: 27.03.2023
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Verfahrensanweisung Entlassmanagement Datum: 01.05.2022

### A-12.2.3.1 **Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	CIRS



Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.09.2023
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

#### Nr. Instrument und Maßnahme

EF00 CIRSmedical

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	Den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz steht ein externer Krankenhaustygieniker beratend zur Seite.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	5	In jeder Fachklinik gibt es eine/n hygienebeauftragten Arzt/Ärztin.
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	Dem Krankenhaus stehen zwei staatlich anerkannte Hygienefachkräfte in Vollzeit zur Verfügung.
Hygienebeauftragte in der Pflege	19	Auf jeder Station bzw. in jedem Funktionsbereich gibt es eine/n Hygienebeauftragten in der Pflege.

#### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich



## Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1236
Fax	0371/430-1204
E-Mail	<a href="mailto:peter.wolf@ediacon.de">peter.wolf@ediacon.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

- Kopfhabe 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 Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

#### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Ja

##### 1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Teilweise

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe Teilweise

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

3. Antibiotikaprophylaxe 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 Wundaufgabe 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 Corona-Pandemie war es nicht möglich, den exakten Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln für 2020 zu ermitteln.

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch

###### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	26,50 ml/Patiententag

###### Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	107,00 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
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS OP-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	Zertifikat in 2018 erworben (Gültigkeit 2018/2019; Datengrundlage 2017)
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Alle neu eingestellten Mitarbeiter:innen werden zeitnah durch die Hygienefachkräfte geschult. Außerdem werden jährlich mehrere Schulungen zum Thema Hygiene angeboten (u. a. Pflichtfortbildungen).
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE-Netzwerk Sachsen (AG Surveillance und Antibiotika-Strategie)	Teilnahme durch hygienebeauftragte Ärzt:innen

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Beschwerden und Anregungen/Ideen von Patient:innen sowie von Mitarbeiter:innen der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz werden entgegengenommen und systematisch vom Krankenhausdirektorium bearbeitet. Lösungsorientiertes Handeln und konsequente Einbeziehung der Mitarbeiter:innen stehen bei der Beschwerdebearbeitung im Mittelpunkt. Ziel ist es, Unzufriedenheit zu erkennen, Ursachen gemeinsam mit den Beteiligten zu analysieren, Maßnahmen zu erarbeiten und zu kommunizieren.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Das Beschwerdemanagement ist durch eine Verfahrensweisung schriftlich geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit mündlichen Beschwerden ist schriftlich geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist schriftlich geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Der:die Beschwerdeführer:in erhält den Eingang seiner:ihrer Beurteilung, sofern die Kontaktdaten vorhanden sind, unverzüglich bestätigt.



## Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

**Kommentar** Alle drei Jahre führen wir eine Zufriedenheitsbefragung unserer niedergelassenen Ärzt:innen durch. Die Ergebnisse werden dem Krankenhausdirektorium und den Chefärzt:innen vorgestellt und daraus Maßnahmen abgeleitet.

## Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

**Kommentar** Befragungen sind ein wichtiger Indikator für die Zufriedenheit unserer Patient:innen sowohl mit der Behandlung als auch mit den Gegebenheiten in unserem Krankenhaus. Wir führen kontinuierliche Patient:innenbefragungen mittels Fragebogen durch und werten diese monatlich aus.

## Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link

Kommentar

## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

**Funktion** theologischer Geschäftsführer

**Titel, Vorname, Name** Michael Veihelmann

**Telefon** 0371/430-1031

**Fax** 0371/430-1034

**E-Mail** [michael.veihelmann@ediacon.de](mailto:michael.veihelmann@ediacon.de)

## Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

**Kommentar** Das Krankenhausdirektorium, bestehend aus dem kaufm. und dem theolog. Geschäftsführer, dem ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin bearbeitet die Beschwerden und Anregungen/Ideen systematisch.



## 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

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	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	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1236
Fax	0371/430-1204
E-Mail	<a href="mailto:peter.wolf@ediacon.de">peter.wolf@ediacon.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

#### Erläuterungen

Kooperation mit der Zentralapotheke der Klinikum Chemnitz gGmbH, dort ist eine ausreichende Anzahl an Apotheker:innen und weiterem pharmazeutischen Personal vorhanden

### 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®)	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.01.2022



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	

## 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

**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?**

**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
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	30.08.2021
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	30.08.2021
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	
SK03	Aufklärung	
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	30.08.2021
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	
SK07	Sonstiges	

**A-13 Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	Ja	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	Nein	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Ja	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus





Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	Ja	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	

## 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 Abschläge 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 Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

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

##### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Fachabteilungsschlüssel	3600
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

##### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1201
Fax	0371/430-1204
E-Mail	<a href="mailto:anaesthesie@bethanien-sachsen.de">anaesthesie@bethanien-sachsen.de</a>
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.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
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VX00	Schmerztherapie	Die multimodale stationäre Schmerztherapie ist für Patient:innen mit chronischen Schmerzzuständen geeignet. In der Klinik ist ein innerklinischer Schmerzdienst etabliert, bestehend aus pflegerischem und ärztlichem Personal.
VU15	Dialyse	Hämodialyse (CVVHD/F auf ITS)



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC71	Notfallmedizin	Das Krankenhaus ist regelmäßig Standort eines Notarzteeinsatzfahrzeuges. Die Ärzt:innen der Klinik sind in der notärztlichen Versorgung der Stadt Chemnitz aktiv. Im wöchentlichen Wechsel mit DRK Krankenhaus Rabenstein Sicherstellung NA-Standort Fritz-Fritzsche-Str.
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC58	Spezialsprechstunde	Anästhesiesprechstunde
VC00	Innerklinisches Notfallteam	
VX00	Intensivmedizin (Diagnostik und Therapie)	intensivmedizinische Betreuung der im Haus etablierten Fachdisziplinen

## 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: 20,36

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,22	
Nicht Direkt	1,14	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 17,56

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,42	
Nicht Direkt	1,14	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0



Anzahl stationäre Fälle je Person:

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

### 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: 35,61

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,61	
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:** 1,22

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,22	
Nicht Direkt	0	

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

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement

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

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:** Nein



## B-2 Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie

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

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Innere Medizin und Gastroenterologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jörg Willert
Telefon	0371/430-1401
Fax	0371/430-1404
E-Mail	<a href="mailto:inneremedizin@bethanien-sachsen.de">inneremedizin@bethanien-sachsen.de</a>
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.de/</a>

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Rheumatologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Frank Heldmann
Telefon	0371/430-1601
Fax	0371/430-1604
E-Mail	<a href="mailto:rheumatologie@bethanien-sachsen.de">rheumatologie@bethanien-sachsen.de</a>
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.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
VC05	Schrittmachereingriffe	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	nur Diagnostik
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Rheumaambulanz, Chefarztsprechstunde, CED
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1374
Teilstationäre Fallzahl	0





## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J18	119	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
2	E86	88	Flüssigkeitsmangel
3	J12	80	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
4	J15	51	Lungenentzündung durch Bakterien
5	I50	49	Herzschwäche
6	A09	45	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
7	R55	41	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
8	N39	36	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	J22	34	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet
10	E11	33	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
11	I10	33	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
12	I26	33	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
13	K56	30	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
14	K29	29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
15	K80	28	Gallensteinleiden

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	730	Pflegebedürftigkeit
2	1-632	258	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	8-98g	241	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
4	1-440	199	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	3-222	164	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
6	1-650	161	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
7	3-225	142	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
8	3-200	139	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
9	3-207	120	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
10	8-800	114	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
11	8-831	84	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	8-980	83	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
13	5-452	75	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
14	5-513	62	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
15	5-469	58	Sonstige Operation am Darm

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Chefarztsprechstunde, Rheumatologie

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

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

**Kommentar** In der Poliklinik am Zeisigwald bieten wir fachärztliche Leistungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin und Rheumatologie sowie die medizinisch-pflegerische Vor- und Nachsorge an (VX00).

### Ambulanz nach § 311 SGB V - ausgeführt durch Professor Dr. Schröder

**Ambulanzart** Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) (AM13)

**Kommentar** Behandlung und Betreuung von Pat. mit Krankheitsbildern des gesamten rheumatologischen Formkreises (VX00)

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

Trifft nicht zu.

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

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-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: 19,59



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,08	
Nicht Direkt	0,51	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 70,13783

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 9,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,59	
Nicht Direkt	0,51	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 150,98901

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

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



Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF05	Betriebsmedizin
ZF07	Diabetologie
ZF14	Infektiologie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF34	Proktologie

### 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: 29,12

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,99	
Nicht Direkt	0,13	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 47,18407



**Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern 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:** 1807,89474

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,81

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,81	
Nicht Direkt	0	



Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1696,2963

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,44

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 309,45946

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

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

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-3 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dagmar Burchert
Telefon	0371/430-1301
Fax	0371/430-1304
E-Mail	<a href="mailto:chirurgie@bethanien-sachsen.de">chirurgie@bethanien-sachsen.de</a>
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.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

VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Spezialsprechstunde
VC62	Portimplantation
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VG05	Endoskopische Operationen
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VR06	Endosonographie

### B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	878
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	148	Gallensteinleiden
2	K57	97	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
3	C20	86	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
4	K35	86	Akute Blinddarmentzündung
5	K40	53	Leistenbruch (Hernie)
6	K56	51	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
7	C18	34	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
8	K61	28	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
9	L02	28	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
10	K59	15	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
11	K42	14	Nabelbruch (Hernie)
12	C21	13	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs
13	K43	13	Bauchwandbruch (Hernie)
14	D12	11	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters
15	R10	11	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	3-225	255	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
2	9-984	180	Pflegebedürftigkeit
3	5-98c	158	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
4	8-831	157	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
5	5-511	152	Operative Entfernung der Gallenblase
6	5-469	111	Sonstige Operation am Darm
7	8-190	86	Spezielle Verbandstechnik
8	5-932	80	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung
9	5-455	79	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
10	8-931	79	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
11	8-980	78	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
12	5-470	75	Operative Entfernung des Blinddarms
13	1-654	70	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung
14	3-13b	68	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit
15	8-839	64	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-897	13	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)
2	5-490	6	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters
3	5-530	4	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
4	5-534	4	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
5	5-399	< 4	Sonstige Operation an Blutgefäßen
6	5-850	< 4	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
7	5-894	< 4	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
8	5-930	< 4	Art des verpflanzten Materials
9	5-932	< 4	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung



### 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: 7,69

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,61	
Nicht Direkt	1,08	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 114,17425

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,45

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,45	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,37	
Nicht Direkt	1,08	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 136,12403

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF13	Homöopathie

### 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: 13,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,02	
Nicht Direkt	0	



Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 67,43472

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1908,69565

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,37	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,37	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 640,87591

#### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1756

#### **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
ZP08	Kinästhetik
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-4 Klinik für Urologie

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

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Michael Fröhner
Telefon	0371/430-1701
Fax	0371/430-1704
E-Mail	<a href="mailto:urologie@bethanien-sachsen.de">urologie@bethanien-sachsen.de</a>
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.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

VC20	Nierenchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VG16	Urogynäkologie
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VU00	ESWT bei IPP
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
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
VU08	Kinderurologie



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialsprechstunde
VU17	Prostatazentrum
VU18	Schmerztherapie
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

#### B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5490
Teilstationäre Fallzahl	0

#### B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

##### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	801	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
2	C67	733	Harnblasenkrebs
3	C61	681	Prostatakrebs
4	N30	629	Entzündung der Harnblase
5	N40	431	Gutartige Vergrößerung der Prostata
6	N20	383	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
7	R31	181	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
8	N39	142	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	N32	100	Sonstige Krankheit der Harnblase
10	N47	99	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut
11	N45	78	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung
12	C64	76	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs
13	N10	72	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen
14	N99	69	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen
15	N35	65	Verengung der Harnröhre



## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-132	2729	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
2	1-999	1580	Zusatzinformationen zu Untersuchungen
3	8-137	1559	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
4	1-661	1444	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
5	9-984	1240	Pflegebedürftigkeit
6	3-13d	1219	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel
7	5-573	968	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
8	5-98k	883	Art des Zystoskops
9	3-05c	790	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After
10	3-207	646	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
11	5-562	521	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung
12	5-550	380	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung
13	3-225	337	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
14	1-465	314	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
15	5-609	299	Sonstige Operation an der Prostata

)

## B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	465	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	3-13d	65	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel
3	5-573	46	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
4	5-98k	21	Art des Zystoskops
5	5-640	10	Operation an der Vorhaut des Penis
6	8-138	4	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke





Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	1-334	< 4	Untersuchung von Harntransport und Harnentleerung
8	1-336	< 4	Messung der Harnröhrenweite
9	1-460	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre
10	1-661	< 4	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung

#### 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: 17,93

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 306,19074

##### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,94



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 691,43577

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ60	Urologie

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie

**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: 35,96

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,96	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,73	
Nicht Direkt	0,23	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 152,66963

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

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6032,96703

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,4

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2287,5

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,64

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,64	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1183,18966

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

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



### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-5 Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2300
Art	Hauptabteilung

### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Torsten Prietzel
Telefon	0371/430-1501
Fax	0371/430-1504
E-Mail	<a href="mailto:orthopaedie-traumatologie@bethanien-sachsen.de">orthopaedie-traumatologie@bethanien-sachsen.de</a>
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	<a href="http://www.bethanien-chemnitz.de/">http://www.bethanien-chemnitz.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
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren



<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung</b>
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
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
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Amputationschirurgie
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO12	Kinderorthopädie
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie



## B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2609
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M16	271	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
2	S72	271	Knochenbruch des Oberschenkels
3	M17	257	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
4	S06	214	Verletzung des Schädelinneren
5	T84	138	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
6	S52	130	Knochenbruch des Unterarmes
7	S82	127	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
8	S42	123	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
9	S00	69	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
10	S32	59	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
11	S22	53	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
12	L03	39	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
13	M23	35	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
14	M25	30	Sonstige Gelenkkrankheit
15	S62	29	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand

## B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1068	Pflegebedürftigkeit
2	5-86a	498	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen
3	3-200	422	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	5-820	397	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes
5	5-794	346	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
6	5-896	295	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	8-800	268	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-822	264	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
9	5-800	227	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk
10	5-900	224	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
11	5-810	191	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
12	5-790	187	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
13	5-829	183	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion
14	5-787	177	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
15	5-916	172	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz

## B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	77	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-812	32	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
3	5-810	19	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
4	5-788	14	Operation an den Fußknochen
5	5-790	13	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
6	5-811	9	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
7	5-796	8	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
8	5-840	7	Operation an den Sehnen der Hand
9	5-795	6	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
10	5-841	6	Operation an den Bändern der Hand





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

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Ja

## 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: 16,29

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 160,15961

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,46

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,46	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 209,39005

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF33	Plastische Operationen
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

### **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: 29,16



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,89	
Nicht Direkt	0,27	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 89,47188

**Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,63

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,63	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 718,73278

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 5,14



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,14	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 507,58755

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,54	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 4831,48148

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

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



---

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
-----	---------------------

ZP08	Kinästhetik
------	-------------

**B-5.11.3** *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	100,00 %	4	
Gynäkologische Operationen (15/1)	< 4	< 4	< 4	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	98	100,00 %	98	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	304	100,00 %	304	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	420	100,00 %	418	
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	391	100,00 %	389	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	32	100,00 %	32	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	278	100,00 %	273	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	255	100,00 %	251	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	24	100,00 %	23	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	13	100,00 %	13	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	223	100,00 %	223	

#### 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*



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	2005
<b>Grundgesamtheit</b>	223
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	223
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,98 - 99,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,31 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232000_2005
<b>Grundgesamtheit</b>	157
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	157
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,84 - 98,94%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,61 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungsverfahren</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	2006
<b>Grundgesamtheit</b>	222
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	222







<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<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
<b>Ergebnis-ID</b>	232002_2007
<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>	97,54 - 98,24%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</b>
<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
<b>Ergebnis-ID</b>	2009
<b>Grundgesamtheit</b>	152
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	143
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	94,08%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,95 - 93,21%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	89,13 - 96,85%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	232003_2009



Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	145
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,95%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,82 - 96,02%
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	143
Beobachtete Ereignisse	124
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	86,71%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,18 - 91,33%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	D80 - Unvollständige oder falsche Dokumentation
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,38%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,97 - 93,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,60 - 92,47%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	151
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	84,36%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,84 - 96,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,32 - 88,95%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
Kommentar beauftragte Stelle	Es bestehen Hinweise auf Prozessmängel. Der Leistungserbringer hat bereits Maßnahmen ergriffen, die der Fachkommission QS CAP geeignet erscheinen, das Qualitätsindikatorergebnis zu verbessern.
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	116
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,92%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,28 - 95,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,52 - 94,02%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	150
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,34%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,64 - 98,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,34 - 99,88%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,14%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,28 - 99,85%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
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	223
Beobachtete Ereignisse	222
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,55%



<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,64 - 96,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,50 - 99,92%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
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	157
Beobachtete Ereignisse	157
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,49 - 96,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,61 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
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	156
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	13,31
Ergebnis (Einheit)	1,28
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,81 - 1,96
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
<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>	221
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	26
<b>Erwartete Ereignisse</b>	24,28
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,07
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,81 - 0,83
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,74 - 1,52
<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>	65
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	10,97
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,82
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,65 - 0,67
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,44 - 1,44
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)</b>
<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>	157
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	18
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	11,46%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	



<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,67 - 17,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,38 - 17,39%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)</b>
<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>	223
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	28
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	12,56%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,14 - 18,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,83 - 17,55%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	52009
<b>Grundgesamtheit</b>	13007
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	100
<b>Erwartete Ereignisse</b>	38,83
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,58
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,12 - 3,13
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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	13007
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 Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	13007
Beobachtete Ereignisse	91
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,70%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,57 - 0,86%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-





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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

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	13007
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,06%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,03 - 0,12%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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
<b>Ergebnis-ID</b>	612
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 74,46$ % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	88,41 - 89,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<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>	$\leq 20,00$ %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	7,20 - 8,05%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<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>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<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>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<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 - 198,42
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<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 Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



<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>	
<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>	0,66 - 0,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<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>	<= 42,35 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,56 - 20,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



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

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	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,69$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 23,64
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 234,96
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 71,79
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,34 - 88,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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	16
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	81,25%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,03 - 95,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,99 - 93,41%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311





Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,20 - 1,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,56 - 99,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<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
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,11 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,13
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,37 - 51,10%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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	428
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	7,38
Ergebnis (Einheit)	0,54
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,27$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 0,86
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,17 - 1,26
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	274
Beobachtete Ereignisse	274
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,60 - 97,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,62 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	33
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,94%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,46 - 92,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,39 - 98,32%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	8



<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	6,84%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,06 - 9,49%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	3,51 - 12,91%
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</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>	54004
<b>Grundgesamtheit</b>	341
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	340
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,71%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,89 - 97,04%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,36 - 99,95%
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<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)
<b>Ergebnis-ID</b>	54012
<b>Grundgesamtheit</b>	373
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	48
<b>Erwartete Ereignisse</b>	22,49
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,13
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,42 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,63 - 2,76
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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	117
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	14,15
Ergebnis (Einheit)	0,92
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,55 - 1,50
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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	272
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,94%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 1,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,50 - 5,70%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	117
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,84%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,37 - 4,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,51 - 12,91%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	274
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,28%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,01 % (95. Perzentil)





Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,74 - 6,12%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,98
Ergebnis (Einheit)	1,26
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,55 - 2,56
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Implantatassoziierte Komplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	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)
Ergebnis-ID	191800_54120
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,10
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,30 - 3,54
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Weichteilkomplikationen



<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>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,41
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,49 - 3,62
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	191914
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,29
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,04 - 1,10
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,08 - 1,01
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-



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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
<b>Ergebnis-ID</b>	54030
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,60 - 10,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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	72
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	17,61
Ergebnis (Einheit)	1,48
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,22$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,06 - 1,95
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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 Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	10,73
Ergebnis (Einheit)	0,84
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,42$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,45 - 1,51
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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	98
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,96
Ergebnis (Einheit)	1,01
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,47 - 2,09
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,22 - 97,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,99 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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 zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,02 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	209
Beobachtete Ereignisse	208
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,52%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,34 - 99,92%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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



<b>Grundgesamtheit</b>	41
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	41
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,22 - 97,61%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	91,43 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
<b>Ergebnis-ID</b>	54022
<b>Grundgesamtheit</b>	23
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	22
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,65%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 86,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	91,95 - 92,89%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	79,01 - 99,23%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54028
<b>Grundgesamtheit</b>	266
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	8
<b>Erwartete Ereignisse</b>	1,48
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	5,40
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,19 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,75 - 10,45
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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	252
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,38%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,71 % (95. Perzentil)





Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,10 - 5,10%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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	23
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	17,39%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,84 - 4,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,98 - 37,14%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

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	245
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 - 1,54%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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	288
Beobachtete Ereignisse	286
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,31%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 98,81\%$ (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,78 - 99,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,53 - 99,88%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsnahmeverfahren erforderlich

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



<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>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

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



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

<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>	1,54
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,65 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,90
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,17 - 7,22
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



<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)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<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>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,58
<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 - 4,32
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<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



Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,26%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<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
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 4,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,01 - 23,76%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<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
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 21,93 % (95. Perzentil)



<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	16,68 - 17,65%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<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>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 16,84 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,77 - 10,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,01 - 44,48%
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsnahmeverfahren erforderlich

<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
<b>Ergebnis-ID</b>	56014
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 93,65 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,05 - 94,52%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	55,52 - 99,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

**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*

## **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:

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Hüftendoprothese
<b>Ergebnis</b>	1 Wundinfektion A2 und 1 Wundinfektion A3 bei 249 Operationen
<b>Messzeitraum</b>	Januar 2022 - Dezember 2022
<b>Datenerhebung</b>	
<b>Rechenregeln</b>	
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	

### Leistungsbereich:

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Leistenhernie
<b>Ergebnis</b>	keine Wundinfektion bei 51 Operationen (8 endoskopische, 43 offen chirurgische)
<b>Messzeitraum</b>	Januar 2022 - Dezember 2022
<b>Datenerhebung</b>	
<b>Rechenregeln</b>	
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	

### Leistungsbereich:

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Prostatektomie
<b>Ergebnis</b>	1 Wundinfektion A1 und 1 Wundinfektion A2 bei 127 Operationen (54 endoskopisch, 73 offenchirurgisch)
<b>Messzeitraum</b>	Januar 2022 - Dezember 2022
<b>Datenerhebung</b>	
<b>Rechenregeln</b>	
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	



## 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	219

### 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

#### 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: 219

Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2: 251

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	93
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	93
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	93



## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	Station 1	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station 1	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 10	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 6 Intermediate Care	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 10	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 6 Intermediate Care	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 2	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 2	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 3	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 3	Nachtschicht	66,67%	3
Innere Medizin	Station 4	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 4	Nachtschicht	83,33%	0
Innere Medizin	Station 5	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Station 5	Nachtschicht	58,33%	0
Innere Medizin	Station 9	Tagschicht	91,67%	0
Innere Medizin	Station 9	Nachtschicht	91,67%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Nachtschicht	100,00%	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 7	Tagschicht	100,00%	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 7	Nachtschicht	100,00%	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 8	Tagschicht	100,00%	0
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 8	Nachtschicht	100,00%	0



## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	Station 1	Tagschicht	96,44%
Intensivmedizin	Station 1	Nachtschicht	75,62%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 10	Tagschicht	95,07%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 6 Intermediate Care	Tagschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 10	Nachtschicht	75,62%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 6 Intermediate Care	Nachtschicht	97,81%
Innere Medizin	Station 2	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin	Station 2	Nachtschicht	100,00%
Innere Medizin	Station 3	Tagschicht	80,89%
Innere Medizin	Station 3	Nachtschicht	32,50%
Innere Medizin	Station 4	Tagschicht	89,59%
Innere Medizin	Station 4	Nachtschicht	39,73%
Innere Medizin	Station 5	Tagschicht	76,58%
Innere Medizin	Station 5	Nachtschicht	50,14%
Innere Medizin	Station 9	Tagschicht	65,48%
Innere Medizin	Station 9	Nachtschicht	59,18%
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Tagschicht	96,75%
Allgemeine Chirurgie	Station 6	Nachtschicht	98,55%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 7	Tagschicht	96,42%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 7	Nachtschicht	83,47%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 8	Tagschicht	80,82%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station 8	Nachtschicht	55,07%

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

Trifft nicht zu.

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 Anhaltszahlen 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

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
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- 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

## 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



Zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum der  
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Wirbelsäuleneinrichtung der  
DWG



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



Zertifiziert lokales Traumazentrum des  
TraumaNetzwerk DGU®



Zertifiziertes Zentrum für Interstitielle  
Zystitis (IC) und Beckenschmerz der ICA-  
Deutschland e.V.



Zertifiziertes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie

## 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
- 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:

### E-Medikation

Die e-Medikation dient der digitalen fach- und sachgerechten Dokumentation aller Medikamente, die Patient:innen im Rahmen des Behandlungsprozesses benötigen. Die bestehende Hausmedikation der Patient:innen wird ins Krankenhausinformationssystem (KIS) übertragen und entsprechend des Behandlungsverlaufs angepasst. Verordnungen im gesamten stationären Aufenthalt werden elektronisch dokumentiert, auch Veränderungsmedikationen können sofort elektronisch erfasst und angepasst werden. Eine automatisierte Übertragung in den Entlassplan folgt.

Mit der durchgängig elektronischen Dokumentation wird einerseits die Doppeldokumentation reduziert und es werden Eingabefehler minimiert.

### Elektronische Aufklärung

Die für einen Eingriff erforderliche ärztliche Aufklärung erfolgt primär in unserer Zentralen Aufnahme. Mit der Einführung der e-Medikation wurde die Durchführung der Aufklärung auf das elektronische Format umgestellt. Heute kommen Patient:innen in das Krankenhaus, füllen mithilfe von iPads den Aufklärungsbogen aus und besprechen diesen im Anschluss mit dem Arzt. Nach ausführlicher Aufklärung, Beantwortung aller Fragen und digitaler Unterschrift von Arzt und Patient:in wird der Aufklärungsbogen sofort in der digitalen Patient:innenakte abgelegt. Mit der Umstellung auf das digitale Format entfallen das Einscannen und Kopieren der Dokumente.

### Verbesserung Ablauf Patiententransport

Die neue Software „Logbuch“ teilt den Auftrag für den Patiententransport dem nächsten freien Mitarbeitenden des Transportdienstes zu. Auch können feststehende Transporte bereits im Vorfeld eingegeben und zeitlich geplant werden. Vorteile sind die Vermeidung von unnötigen Telefonaten und kürzere Wartezeiten. Außerdem ermöglicht der Einsatz der Software zum einen eine Vermeidung von unnötigen Laufwegen und zum anderen eine gleichmäßigere Auslastung des Patiententransports durch bessere Planung und Steuerung.