



AGAPLESION
KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM

QUALITÄTSBERICHT 2014

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2014

Erstellt am 31.12.2015



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	11
A-10	Gesamtfallzahlen.....	12
A-11	Personal des Krankenhauses.....	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	13
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	22
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	23
B-1	Anästhesie.....	23
B-2	Frauenheilkunde.....	26
B-3	Geburtshilfe.....	31
B-4	Innere-Kardiologie.....	36
B-5	Chirurgie.....	42
B-6	Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde.....	49
B-7	Augenheilkunde.....	56
C	Qualitätssicherung	61



C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	61
C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:.....	61
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	90
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	90
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	90
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	90
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V...	91
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	91
D	Qualitätsmanagement	92

- **Einleitung**



Blick auf den Eingangsbereich und Funktionstrakt des AGAPLESION KRANKENHAUSES NEU BETHLEHEM in Göttingen.

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion: Qualitätsmanager
Titel, Vorname, Name: Wolfgang Schäfer
Telefon: 0551/494-159
Fax: 0551/494-273
E-Mail: w.schaefer@neubethlehem.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Christan von Gierke
Telefon: 0551/494-111
Fax: 0551/494-273
E-Mail: c.gierke@neubethlehem.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2008. Danach sind sämtliche Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und in einem zentralen Qualitätsmanagement-Handbuch für alle Mitarbeitenden zugänglich.

Die Qualitätspolitik unseres christlichen Gesundheitskonzerns geht weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. Der größte Teil der AGAPLESION Krankenhäuser hat bereits eigene DIN EN ISO 9001-Zertifizierungen.


Darüber hinaus verfügen zahlreiche medizinische Zentren der AGAPLESION Krankenhäuser über fachspezifische Zertifizierungen. Die damit verbundenen Prozesse unterstützen die systematische Einführung, Umsetzung und Aufrechterhaltung von Qualitätsvorgaben. In regelmäßigen Audits wird die Einhaltung dieser hohen Qualitätsstandards überprüft. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 104 AGAPLESION übergreifende Audits von 73 Auditoren durchgeführt. Dazu kommen zahlreiche interne Audits, die die Einrichtungen zur Qualitätsverbesserung einsetzen.

Da es noch keine einheitlichen gesetzlichen Regelungen dazu gibt, welche Maßnahmen zur Hygiene und Patientensicherheit umzusetzen sind, hat die AGAPLESION Lenkungsgruppe Qualitätspolitik zusammen mit den Spezialisten der Lenkungsgruppe Risikomanagement sowie der AGAPLESION HYGIENE, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, zum Beginn des Jahres 2015 die Sixpacks „Patientensicherheit“ und „Hygiene“ geschnürt. Sie umfassen jeweils sechs Maßnahmen, mit denen die meisten AGAPLESION Einrichtungen bereits seit Jahren arbeiten. Da jedoch die einzelnen Häuser zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu AGAPLESION gekommen sind, werden die noch offenen Punkte im laufenden Geschäftsjahr auditiert, so dass sie bis Ende Januar 2016 flächendeckend eingeführt sind und einen eigenen AGAPLESION Qualitätsstandard bezeichnen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Hornberger
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Göttingen, im Dezember 2015

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Gesundheit und Pflege unter einem guten Stern

Fortschrittliche Medizin und exzellente Pflege mit christlichen Werten zu verbinden. Dies hat sich das AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM zur Aufgabe gemacht.

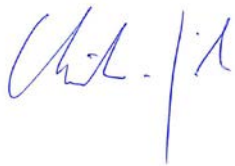
Das AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gehört zum bundesweiten Verbund AGAPLESION. Mit mehr als 100 Einrichtungen gestaltet AGAPLESION gemeinsam mit unserem Krankenhaus die Zukunft der Medizin und Pflege mit. Dadurch sind wir in ein breitgefächertes Kooperationsnetzwerk integriert und können gemeinsam voneinander lernen. Das Ergebnis ist für unsere Patienten spürbar und die Kundenzufriedenheit wird erhöht. Darum geht es uns!

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2014. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, dass Ihnen der vorliegende Bericht mit den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in die Leistungen und Angebote unseres Krankenhauses bietet. Bei Fragen steht Ihnen unser Qualitätsmanagementbeauftragte, Herr Wolfgang Schäfer, unter der Telefonnummer (0551) 494 – 159 oder per E-Mail zur Verfügung: w.schaefer@neubethlehem.de.

Weitere Informationen finden Sie unter www.neubethlehem.de

Mit freundlichen Grüßen



Christian von Gierke
Geschäftsführer
AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gGmbH

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gGmbH

Hausanschrift: Humboldtallee 8
37073 Göttingen

Institutionskennzeichen: 260311302

Standortnummer: 00

Telefon: 0551/494-0

Fax: 0551/494-273

URL: <http://www.neubethlehem.de>

Ärztliche Leitung

Funktion: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jürgen Becker
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

Pflegedienstleitung

Funktion: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Elvira Pongratz
Telefon: 0551/494-0
Fax: 0551/494-273
E-Mail: info@neubethlehem.de

Verwaltungsleitung

Funktion: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Christian von Gierke
Telefon: 0551/494-111
Fax: 0551/494-273
E-Mail: info@neubethlehem.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gGmbH
Art: Freigemeinnützig



A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein

Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	In Zusammenarbeit mit den betreuenden Belegarztpraxen.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP26	Medizinische Fußpflege	in Zusammenarbeit mit Podologen und Fußpflegepraxen in Göttingen
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP37	Schmerztherapie/-management	Pain Nurse, Konzept zur Schmerztherapie und Schmerzprophylaxe für alle Fachabteilungen.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	in Zusammenarbeit mit Belegärzten
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	Angebot der Beleghebammen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegeüberleitung und Pain Nurse
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	In Zusammenarbeit mit den HNO Belegärzten des Krankenhauses
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	in Kooperation mit Sanitätshäusern
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP02	Akupunktur	Zur Unterstützung bei der Geburt
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP63	Sozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM67	Andachtsraum		http://www.neubethlehem.de/Krankenhausseelsorge.7792.0.html	Besuchen Sie unseren Andachtsraum direkt im Eingangsbereich unseres Krankenhauses.
NM02	Ein-Bett-Zimmer			
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Tägliche Unterstützung und Betreuung durch die "Grünen Damen und Herren" der Evangelischen Kranken- und Alten-Hilfe e.V.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		Kostenlose Bereitstellung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,0€ Kosten pro Tag maximal: 8,0€		Bezahlung für bis zu 3 x 8 Stunden im Voraus möglich. Die parkgebührenfreie Zeit wird nicht berechnet. So ist es möglich bis zu 3 Tage am Stück zu Parken ohne einen neuen Parkschein zu lösen.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		http://www.pan-optec.de/panorama/goettlingen/	Es stehen mehrere Familienzimmer zur Verfügung.
NM07	Rooming-in			Kostenlose Bereitstellung
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 2,0€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,12€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€		
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00€		Kostenlose Bereitstellung
NM42	Seelsorge			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM19	Wertfach / Tresor am Bett/im Zimmer			
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			



Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Jeder Patient wird täglich nach seinen persönlichen Essgewohnheiten und in diesem Rahmen nach seiner Kostform gefragt. Der ärztliche Dienst legt die Kostform fest, die Menüassistentin berücksichtigt unter diesen Vorgaben die besonderen Essgewohnheiten.		
NM65	Hotelleistungen		http://www.neubethlehem.de/fileadmin/KNB-Goettingen/PDF/Flyer/flyer_Komfortleistungenn-20150601.pdf	Bei der Wahlleistung 1 + 2 Bettzimmer werden besondere Leistungen wie Wahlessen, Blumengruß, täglicher Besuchs- und Zeitungsservice, Nähere Informationen entnehmen Sie unserem Flyer Komfortleistungen der für Sie an unserer Rezeption ausliegt.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	In Kooperation mit: Landeskrankenhaus Moringen Ev. Krankenhaus Weende Göttingen Asklepius Klinik Göttingen Nephrologischen Zentrum Niedersachsen Hann. Münden Krankenhaus Hann. Münden

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 100

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	8621
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	308

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	19,37 Vollkräfte	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	14,02 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	18 Personen	6 Internisten, 7 Chirurgen, 2 Augenärzte, 3 HNO Ärzte Zusätzlich sind 12 Assistenzärzte in den Belegarztpraxen angestellt.

A-11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	69,85 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	5,88 Vollkräfte	3 Jahre	
Entbindungspfleger und Hebammen	16 Personen	3 Jahre	Das Hebammenteam besteht aus freiberuflichen Beleghebammen und einer in Teilzeit angestellten Hebammen.
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	2,00 Vollkräfte	3 Jahre	

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)	Kommentar
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1,00	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	1,82	Das Team des Labors wird komplettiert durch Mitarbeiter der Laborgemeinschaft Wagner und Stibbe mit 3,0 VK
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,58	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,50	
SP56	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)	1,31	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1,00	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	1,00	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion: Qualitäts- und Risikomanager
Titel, Vorname, Name: Wolfgang Schäfer
Telefon: 0551/494-159
Fax: 0551/494-273
E-Mail: w.schaefer@neubethlehem.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Ein Lenkungsgremium für das Qualitätsmanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden. Der Qualitäts- und Risikomanager tauscht sich im zwei-wöchentlichen Tonus mit dem QM-Team aus. Das Team setzt sich aus Mitarbeiter/innen aller Fachabteilungen zusammen.

Tagungsfrequenz des Gremiums: zwei-wöchentlichen Tonus

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person: Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Funktion: Qualitäts- und Risikomanager
Titel, Vorname, Name: Wolfgang Schäfer
Telefon: 0551/494-159
Fax: 0551/494-273
E-Mail: w.schaefer@neubethlehem.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe: Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich: Ein Lenkungsgremium für das Qualitätsmanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden. Der Qualitäts- und Risikomanager tauscht sich im zwei-wöchentlichen Tonus mit dem QM-Team aus. Das Team setzt sich aus Mitarbeiter/innen aller Fachabteilungen zusammen.

Tagungsfrequenz des Gremiums: zwei-wöchentlichen Tonus

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: RK - Qualitätsmanagement Datum: 15.04.2015	<p>RK = Rahmenkonzeption / RL = Richtlinie</p> <p>RL - Qualitätspolitik (29.05.2015) RL - Int. und ext. Qualitätssicherung (17.12.2014) RL - Managementbewertung (17.12.2014) RK - Audit (17.04.2015) RK - CIRS (17.04.2015) RL - Risikomanagement (14.04.2015) RL - Patientensicherheit (17.04.2015)</p>
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		<p>RK = Rahmenkonzeption / IN = Information</p> <p>RK Fort- und Weiterbildung (20.07.2015) IN - Innerbetriebliche Fortbildungsprogramm (15.06.2015) IN - Schulungen zu Audits, Risiko-, Qualitäts-, Meinungs- und Ideenmanagement, Dokumenten- management roxtra, CIRS (15.06.2015)</p>
RM03	Mitarbeiterbefragungen		<p>RK = Rahmenkonzeption</p> <p>RK - Mitarbeiterbefragung (20.07.2015) Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter/innen beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit sich aktiv einzubringen.</p>



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	SOP = Standard Operating Prozess SOP Notfallmanagement Anästhesie (15.05.2015) SOP Notfallmanagement Kardiologie (15.05.2015) SOP Notfallplan Sectio/Notsectio (10.10.2014)
RM05	Schmerzmanagement	Name: NBG - SOP Schmerzstandard Grundsatzkatalog Datum: 01.02.2015	SOP = Standard Operating Prozess SOP Schmerzstandard Grundsatzkatalog CHI/HNO/GYN/INN (01.10.2014) SOP Schmerzstandard Sectio Caesarea (01.10.2014) SOP Schmerzstandard stationäre Erwachsene (01.10.2014) SOP Schmerzstandard stationäre Kinder (01.10.2014)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	FO = Formular FO Sturz Risikoerfassung bei Aufnahme (01.07.2015)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	SOP = Standard Operating Prozess SOP Grundpflege inkl. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (01.06.2015)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: RL -Meldung Vorkommnisse Medizinprodukte Datum: 10.09.2013	VA = Verfahrensanweisung / RL = Richtlinie VA AGAPLESION Medizintechnik - Anweisung für Anwender Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist geregelt.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel	RK = Rahmenkonzeption RK Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (28.08.2015) In unserer Einrichtung finden regelmäßig interdisziplinäre Fallbesprechungen statt. Hier arbeiten unterschiedliche Fachleute zusammen, um Krankengeschichten und Befunde zu besprechen.
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	AZ = Aufzeichnung / VA = Verfahrensanweisung AZ Schlussbericht Kennzeichnung von Spritzen (31.07.2014) VA Patienten-Identifikationsarmband (15.05.2015)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Um unsere Patienten in die Lage zu versetzen, eine medizinische Situation zu verstehen, setzen wir auf standardisierte Aufklärungsbogen.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		VA = Verfahrensanweisung / FO = Formular VA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen (16.04.2015) VA Umgang mit dem Patientenidentifikationsarmband (15.04.2015) FO Risk-List (24.09.2015) Durch festgelegte Kontrollpunkte wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP Zeit- und erwartetem Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	<p>RL = Richtlinie / VA = Verfahrensanweisung</p> <p>RL Patientensicherheit (17.04.2015) VA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen (16.04.2015) VA Patientenidentifikationsarmband (15.04.2015)</p> <p>In unserem Haus gehört die Patientensicherheit zum festen Bestandteil des Risikomanagements.</p>
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	<p>SOP = Standard Operating Prozess</p> <p>SOP Pflege und Betreuung im Aufwachraum SOP Anästhesie</p> <p>Durch spezielle Schulungen für unser Personal stellen wir die bestmögliche Betreuung nach einer Operation sicher.</p>
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	<p>RK = Rahmenkonzeption</p> <p>RK Fallbegleitende Kodierung / Casemanagement (16.04.2015)</p>

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem:	Ja
Regelmäßige Bewertung:	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Verbesserung Patientensicherheit:	<p>Wir setzen Standards zur Sicherstellung Patientensicherheit um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle Patienten erhalten ein Patientenidentifikationsarmband - Alle Mitarbeiter haben Zugriff auf unser Beinahe - Fehler – Meldungssystem (CIRS) - Wir setzen zur normierte Spritzenaufkleber ein - Vor jeder OP wird eine Sicherheitscheckliste (Risk List) durchgearbeitet - Wir stellen das 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten sicher - Wir setzen ein umfassendes Hygienekonzept um

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	10.09.2015	<p>RL = Richtlinie / RK = Rahmenkonzeption / AA = Arbeitsanweisung / IN = Information / FO = Formular</p> <p>RK CIRS (17.04.2015) RL Risikomanagement (14.04.2015) AA CIRS Wie melde ich einen CIRS Fall (04.02.2014) FO Meldung besonderer Vorkommnisse (14.04.2015) IN CIRS Mitarbeiterinfo (10.12.2013)</p>
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise	Das CIRS Basisteam trifft sich mindestens einmal im Vierteljahr. Zusätzlich wird bei Bedarf entweder schriftlich/ oder in einer Sondersitzung zu den Fällen Stellung genommen. Durch den Risikomanagementbeauftragten werden Verbesserungen initiiert. Wir führen regelmäßig Risikobewertungen durch.
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise	Es finden regelmäßig, mindestens einmal pro Quartal Schulungen zum Qualitäts-/ und Risikomanagement im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung und Mitarbeiterforen statt.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem:	Ja
Regelmäßige Bewertung:	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	Alle Krankenhäuser und Alteneinrichtungen von AGAPLESION stellen ihre Beinahe-Fehler mit Analyse im AGAPLESION CIRS Netz zur Verfügung. Zusätzlich wird vom Zentralen Risikomanagement von AGAPLESION jeden Monat Ein "CIRS-Fall" analysiert und allen Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Dr. med. Harpasum Mergeryan
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Dr. med. Thomas Kranz
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Stefan Walter (Hygienefachkraft)
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Gabriele Ohlendorf

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Hygienekommission Vorsitzender

Funktion: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jürgen Becker
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: AGAPLESION Hygienetzwerk	In Zusammenarbeit mit dem Hygieneinstitut vom AGAPLESION Konzern werden die vorhandenen Daten verglichen und bewertet. Folgerungen aus den Ergebnissen fließen in das AGAPLESION Hygienemanagement ein.
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Zusammenarbeit mit externen zertifizierten Dienstleister. Regelmäßige externe Audits zur Aufrechterhaltung des QM Systems.
HM06	Regelmäßig tagende Hygienekommission	halbjährlich	In enger Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitsamt.
HM07	Risikoadaptiertes MRSA Aufnahmescreening		Aufnahmescreening bei den risikoadjustierten Patientengruppen mit präventiver Isolation bis labortechnisch nachgewiesenen Befund.
HM08	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Alle neu eingestellten Mitarbeiter werden durch die Hygienefachkraft in Händedesinfektion und allgemeinen Regeln der Krankenhaushygiene unterwiesen. Zusätzlich finden für alle Mitarbeiter jährliche Pflichtunterweisungen zum Hygienemanagement / Umgang mit MRE und Händedesinfektion statt.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM führt ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement entsprechend der Rahmenkonzeption zum Meinungsmanagement durch.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Durch das zentrale Qualitätsmanagement des AGAPLESION Konzerns ist mittels Rahmenkonzeption die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeaufnahme, Beschwerdebearbeitung und Beschwerdeauswertung verbindlich für unser Krankenhaus geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	In der Rahmenkonzeption zum Meinungsmanagement ist der Umgang mit mündlichen Beschwerden verbindlich geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist in der Rahmenkonzeption geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Die Zeitziele für die Rückmeldung bei Beschwerden ist in der Rahmenkonzeption geregelt.

Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Nein

Patientenbefragungen

Durchgeführt: Ja

Link: <http://www.neubethlehem.de/Online-Meinungsbogen.6235.0.html>

Kommentar: Patientenbefragungen werden durch die Qualitätsmanagementzentrale des AGAPLESION Konzerns in regelmäßigen Abständen in den Krankenhäusern des Konzerns durchgeführt. Zusätzlich werden im Haus die Patienten kontinuierlich nach ihrer Meinung zur Versorgung, Verpflegung und Betreuung befragt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Durchgeführt: Ja

Link: <http://www.neubethlehem.de/online-meinungsbogen.6235.0.html>

Kommentar: Über Meinungsbogen können Patienten/ Angehörige und Mitarbeiter ihre Beschwerden anonym erstellen und über einen eigens dafür installierten Briefkasten dem Meinungsmanager übergeben. Auch besteht die Möglichkeit über den elektronischen Meinungsbogen auf der Homepage www.neubethlehem.de eine anonyme Bewertung, Mitteilung zu verfassen.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion: Qualitätsmanager/Meinungsmanager

Titel, Vorname, Name: Wolfgang Schäfer

Telefon: 0551/494-159

Fax: 0551/494-273

E-Mail: w.schaefer@neubethlehem.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Funktion: Qualität- und Meinungsmanager
Titel, Vorname, Name: Wolfgang Schäfer
Telefon: 0551/494-159
Fax: 0551/494-273
E-Mail: w.schaefer@neubethlehem.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Im AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM war im Jahr 2014 unser Qualitäts- und Risikomanager mit der Wahrnehmung dieses Aufgabenbereiches beauftragt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	In Zusammenarbeit mit dem Herz- und Gefäßzentrum am Krankenhaus Neu-Bethlehem Göttingen.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	In Zusammenarbeit mit der Röntgenpraxis am Nikolausberger Weg
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Notfallbeatmungsgerät
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	In Zusammenarbeit mit dem Herz- und Gefäßzentrum am Krankenhaus Neu-Bethlehem Göttingen.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	In Kooperation mit der Universitätsklinik Göttingen.
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	In Kooperation Nieren-Rheuma-Zentrum Göttingen.
AA33	Uroflow / Blasendruckmessung / Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	In Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Göttingen.
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	-	In Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Göttingen.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Anästhesie

B-1.1 Allgemeine Angaben - Anästhesie

Fachabteilung: Anästhesie

Fachabteilungsschlüssel: 3790

Art: Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Dr. med. univ. Horst Wagner-Berger

Telefon: 0551/494-0

Fax: 0551/494-273

E-Mail: info@neubethlehem.de

Öffentliche Zugänge

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Anästhesie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Anästhesie
VX00	Geburtshilfliche und postoperative Analgesie
VX00	Transfusionsmedizin
VX00	Durchführung und Überwachung von allgemeinen und speziellen Narkoseverfahren
VX00	Betreuung des Aufwachraumes
VX00	Schmerztherapie



B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Anästhesie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Anästhesie
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF25	Dolmetscherdienst
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

B-1.5 Fallzahlen - Anästhesie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

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

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	6,97 Vollkräfte	0,00000	Chefarzt Herr Dr. med. Weingarten
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,97 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	21,47 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	2,00 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP11	Notaufnahme
ZP12	Praxisanleitung
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-2 Frauenheilkunde

B-2.1 Allgemeine Angaben - Frauenheilkunde

Fachabteilung: Frauenheilkunde

Fachabteilungsschlüssel: 2400

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Dietrich Kulenkampff
Telefon: 0551/494-122
Fax: 0551/494-202
E-Mail: gynpraxis@neubethlehem.de

Funktion: Ltd. OA
Titel, Vorname, Name: Dr. med. univ. Hafiez Said
Telefon: 0551/494-280
Fax: 0551/494-285
E-Mail: plastische-chirurgie@neubethlehem.de

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen



B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Frauenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Frauenheilkunde
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG19	Ambulante Entbindung
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Frauenheilkunde

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Frauenheilkunde
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF25	Dolmetscherdienst
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF21	Hilfsmittel zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

B-2.5 Fallzahlen - Frauenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 867
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	216	Brustkrebs
2	D25	115	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
3	N81	99	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
4	D27	90	Gutartiger Eierstocktumor
5	N84	31	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane
6	N80	30	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
7	D24	27	Gutartiger Brustdrüsentumor
8	D05	26	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse
9	N85	22	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses
10	C54	19	Gebärmutterkrebs
11	N62	17	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse
12	Z40	15	Vorbeugende Operationen zur Verhütung von Krankheiten
13	N39	10	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
14	N87	10	Zell- und Gewebeeränderungen im Bereich des Gebärmutterhalses
15	N83	9	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-870	218	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten
2	5-704	164	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
3	5-401	160	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
4	5-683	103	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
5	5-653	95	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
6	5-932	94	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
7	5-681	83	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
8	5-682	74	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
9	1-672	52	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
10	5-872	51	Operative Entfernung der Brustdrüse ohne Entfernung von Achsellymphknoten
11	1-471	50	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt
12	3-709	49	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)
13	5-651	49	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
14	5-661	41	Operative Entfernung eines Eileiters
15	5-657	39	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-681	192	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
2	1-672	118	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
3	5-690	102	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
4	5-671	47	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
5	1-471	36	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
6	1-694	27	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
7	5-711	23	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)
8	5-870	15	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten
9	5-903	15	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
10	5-882	9	Operation an der Brustwarze
11	5-651	7	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
12	5-653	5	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
13	5-399	4	Sonstige Operation an Blutgefäßen
14	5-657	4	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
15	5-691	4	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	6,20 Vollkräfte	139,83871
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,50 Vollkräfte	247,71428
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

B-2.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	6,02 Vollkräfte	144,01993	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,00 Vollkräfte	867,00000	3 Jahre

B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-3 Geburtshilfe

B-3.1 Allgemeine Angaben - Geburtshilfe

Fachabteilung: Geburtshilfe

Fachabteilungsschlüssel: 2400

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Dietrich Kulenkampff

Telefon: 0551/494-122

Fax: 0551/494-202

E-Mail: gynpraxis@neubethlehem.de

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote - Geburtshilfe

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Geburtshilfe
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialprechstunde
VG16	Urogynäkologie
VG17	Reproduktionsmedizin
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG19	Ambulante Entbindung
VX00	Transfusionsmedizin
VX00	Durchführung und Überwachung von allgemeinen und speziellen Narkoseverfahren



B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geburtshilfe

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geburtshilfe
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF25	Dolmetscherdienst
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-3.5 Fallzahlen - Geburtshilfe

Vollstationäre Fallzahl: 2261
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	837	Neugeborene
2	O70	216	Dammriss während der Geburt
3	O68	187	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
4	O63	160	Sehr lange dauernde Geburt
5	O71	107	Sonstige Verletzung während der Geburt
6	O34	73	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
7	O64	64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
8	P08	59	Störung aufgrund langer Schwangerschaftsdauer oder hohem Geburtsgewicht
9	O60	42	Vorzeitige Wehen und Entbindung
10	O42	41	Vorzeitiger Blasensprung
11	P07	39	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht
12	O80	38	Normale Geburt eines Kindes
13	O99	29	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert
14	O36	26	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind
15	O21	23	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1028	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	1-242	617	Messung des Hörvermögens - Audiometrie
3	9-260	561	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
4	5-758	541	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
5	5-749	374	Sonstiger Kaiserschnitt
6	8-910	294	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
7	5-738	105	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
8	5-728	102	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke
9	5-756	64	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt
10	9-261	56	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
11	9-280	29	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt
12	5-730	17	Künstliche Fruchtblasensprengung
13	8-560	11	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie
14	8-515	8	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe
15	5-727	7	Spontane und operative Entbindung durch die Scheide bei Beckenendlage

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	< 4	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter-schleimhaut - Ausschabung

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	6,20 Vollkräfte	364,67743
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,55 Vollkräfte	636,90143
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

B-3.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	6,48 Vollkräfte	348,91974	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3,64 Vollkräfte	621,15381	3 Jahre

B-3.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Innere-Kardiologie

B-4.1 Allgemeine Angaben - Innere-Kardiologie

Fachabteilung: Innere-Kardiologie

Fachabteilungsschlüssel: 0100

Art: Belegabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Hans Georg Wolpers
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jürgen Becker
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Johannes B. Dahm
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Claudius Hansen
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Benjamin Daume
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Dirk Vollmann
Telefon: 0551/488700
Fax: 0551/44682
E-Mail: info@hgz-goettingen.de

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote - Innere-Kardiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Innere-Kardiologie
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
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)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
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
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VI42	Transfusionsmedizin



B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere-Kardiologie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere-Kardiologie
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF25	Dolmetscherdienst
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

B-4.5 Fallzahlen - Innere-Kardiologie

Vollstationäre Fallzahl: 3094
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I48	679	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
2	I25	429	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
3	I20	386	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
4	R07	217	Hals- bzw. Brustschmerzen
5	I50	209	Herzschwäche
6	I70	142	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
7	I21	141	Akuter Herzinfarkt
8	I47	95	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
9	I10	81	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
10	I49	77	Sonstige Herzrhythmusstörung
11	I11	69	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
12	R55	53	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
13	I35	48	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht
14	I44	44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock
15	I42	42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-83b	1497	Zusatzinformationen zu Materialien
2	1-275	1358	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	8-933	1201	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
4	8-837	1178	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße
5	8-640	414	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
6	8-836	352	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
7	3-052	320	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
8	8-835	313	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen
9	1-265	289	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU
10	3-607	275	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
11	1-274	241	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand
12	3-605	194	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
13	1-266	152	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
14	5-377	127	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
15	8-83c	108	Sonstige Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Herz und Gefäßzentrum am Krankenhaus Neu-Bethlehem	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
Angebote Leistung	Elektrophysiologie (VI34)
Angebote Leistung	Schmerztherapie (VI40)
Angebote Leistung	Spezialprechstunde (VI27)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	6 Personen	515,66669	Prof. Dr. med. Wolpers, Dr. med. Becker, Prof. Dr. med. Dahm, Dr. med. Hansen, Dr. med. Daume, Prof. Dr. med. Vollmann

B-4.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	22,11 Vollkräfte	139,93668	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,73 Vollkräfte	4238,35600	3 Jahre

B-4.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Chirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben - Chirurgie

Fachabteilung: Chirurgie

Fachabteilungsschlüssel: 1500

Art: Belegabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christian Loweg
Telefon: 0551/5053392-0
Fax: 0551/5053392-30
E-Mail: info@chirurgie-waldweg.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Ulfert Sauer
Telefon: 0551/5053392-0
Fax: 0551/5053392-30
E-Mail: info@chirurgie-waldweg.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Aurel Kühnelt
Telefon: 0551/5053392-0
Fax: 0551/5053392-30
E-Mail: info@chirurgie-waldweg.de

Funktion: Belegärztin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Antje Strohmeyer
Telefon: 0551/5053392-0
Fax: 0551/5053392-30
E-Mail: info@chirurgie-waldweg.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Thomas Kranz
Telefon: 0551/5053392-0
Fax: 0551/5053392-30
E-Mail: info@chirurgie-waldweg.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Michael Mügge
Telefon: 0551/44808-
Fax: 0551/5311556-
E-Mail: info@proktologie-goettingen.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: PD Dr. med. Stephan Samel
Telefon: 0551/44808-
Fax: 0551/5311556-
E-Mail: info@proktologie-goettingen.de

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote - Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Chirurgie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Notfallmedizin
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC60	Adipositaschirurgie
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation
VC68	Mammachirurgie
VC05	Schrittmachereingriffe
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC63	Amputationschirurgie
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VX00	Transfusionsmedizin
VX00	Durchführung und Überwachung von allgemeinen und speziellen Narkoseverfahren
VX00	Betreuung des Aufwachraumes
VX00	Schmerztherapie

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Chirurgie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Chirurgie
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF25	Dolmetscherdienst
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

B-5.5 Fallzahlen - Chirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1646
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	277	Leistenbruch (Hernie)
2	I70	276	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
3	K60	106	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms
4	K80	99	Gallensteinleiden
5	K62	85	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
6	I83	66	Krampfadern der Beine
7	L05	52	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
8	T82	47	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
9	D12	43	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters
10	K64	38	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
11	K43	36	Bauchwandbruch (Hernie)
12	E01	33	Jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheit bzw. ähnliche Zustände
13	I74	31	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
14	K57	27	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
15	E11	25	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-380	482	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels
2	5-381	377	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
3	5-932	302	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
4	5-530	282	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
5	5-38f	173	Offene Operation zur Erweiterung oder Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen mit einem Ballon
6	5-394	168	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation
7	5-399	164	Sonstige Operation an Blutgefäßen
8	3-607	143	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
9	5-930	134	Art des verpflanzten Materials
10	5-896	131	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
11	5-385	126	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
12	5-491	119	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
13	8-831	115	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
14	5-469	112	Sonstige Operation am Darm
15	8-910	111	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Praxis für Koloproktologie und Chirurgische Endoskopie	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Kommentar	Dr. med. Samel, Dr. med. Mügge In Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM
Angebotene Leistung	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Notfallmedizin (VC71)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VX00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)

Chirurgische Belegarztpraxis am Waldweg

Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Kommentar	Belegärzte: Dr. med. Loweg, Dr. med. Kühnelt, Dr. med. Sauer, Dr. Med. Kranz, Dr. med. Strohmeyer in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM
Angebote Leistung	Adipositaschirurgie (VC60)
Angebote Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebote Leistung	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
Angebote Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebote Leistung	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebote Leistung	Dialyseshuntchirurgie (VC61)
Angebote Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
Angebote Leistung	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
Angebote Leistung	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
Angebote Leistung	Mammachirurgie (VC68)
Angebote Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebote Leistung	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
Angebote Leistung	Notfallmedizin (VC71)
Angebote Leistung	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
Angebote Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebote Leistung	Portimplantation (VC62)
Angebote Leistung	Schrittmachereingriffe (VC05)
Angebote Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebote Leistung	Tumorchirurgie (VC24)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-903	138	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
2	5-399	102	Sonstige Operation an Blutgefäßen
3	5-902	13	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]
4	5-401	7	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
5	5-097	4	Lidstraffung
6	5-530	4	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
7	1-586	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt
8	5-091	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
9	5-184	< 4	Operative Korrektur abstehender Ohren
10	5-392	< 4	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	7 Personen	235,14285	Chirurgische Praxis am Waldweg: Herr Dr. med. Loweg, Herr Dr. med. Kühnelt, Herr Dr. med. Sauer, Herr Dr. med. Kranz, Frau Dr. med. Strohmeyer Praxis für Koloproktologie und Chirurgische Endoskopie: Herr Dr. med. Samel, Herr Dr. med. Mügge

B-5.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	12,21 Vollkräfte	134,80754	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,51 Vollkräfte	3227,45090	3 Jahre

B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.



B-6 Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

B-6.1 Allgemeine Angaben - Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

Fachabteilung: Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

Fachabteilungsschlüssel: 2600

Art: Belegabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jochim Uffenorde
Telefon: 0551/484488
Fax: 0551/48212
E-Mail: info@uffenorde.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Roland Barwing
Telefon: 0551/484488
Fax: 0551/48212
E-Mail: info@uffenorde.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Roland Gerlach
Telefon: 0551/53066
Fax: 0551/53067
E-Mail: dr.roland.gerlach@t-online.de

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote - Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH25	Schnarchoperationen
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Mittelohrchirurgie
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF25	Dolmetscherdienst
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

B-6.5 Fallzahlen - Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 186
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	94	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	J34	76	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
3	J32	7	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
4	T81	4	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
5	H80	< 4	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose
6	J38	< 4	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
7	Q17	< 4	Sonstige angeborene Fehlbildung des Ohres
8	Q30	< 4	Angeborene Fehlbildung der Nase
9	Q67	< 4	Angeborene muskuläre bzw. knöcherne Fehlbildung des Kopfes, des Gesichts, der Wirbelsäule bzw. des Brustkorbes

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-215	84	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5-214	81	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
3	5-281	72	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
4	5-221	25	Operation an der Kieferhöhle
5	5-282	22	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln
6	5-294	10	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen
7	5-218	7	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase
8	1-610	4	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung
9	5-197	< 4	Operativer Einsatz einer Steigbügelprothese
10	5-200	< 4	Operativer Einschnitt in das Trommelfell

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

HNO Belegarztpraxis Dr. med. Uffenorde	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Kommentar	Dr. med. Uffenorde, Dr. med. Barwing, Prof. Dr. Kruse Stationäre operative Leistungen in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebotene Leistung	Mittelohrchirurgie (VH04)
Angebotene Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebotene Leistung	Pädaudiologie (VH27)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
Angebotene Leistung	Schnarchoperationen (VH25)
Angebotene Leistung	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
Angebotene Leistung	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)
Angebotene Leistung	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln (VH11)

HNO Belegarztpraxis Dr. med. Gerlach

Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Kommentar	Dr. med. Gerlach, Dr. Diana Press Stationäre operative Leistungen in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM.
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebote Leistung	Mittelohrchirurgie (VH04)
Angebote Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebote Leistung	Pädaudiologie (VH27)
Angebote Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebote Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebote Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
Angebote Leistung	Schnarchoperationen (VH25)
Angebote Leistung	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
Angebote Leistung	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	3 Personen	62,00000	Herr Dr. med. Uffenorde, Herr Dr. med. Gerlach, Herr Dr. med. Barwing

B-6.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,78 Vollkräfte	238,46155	3 Jahre

B-6.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-7 Augenheilkunde

B-7.1 Allgemeine Angaben - Augenheilkunde

Fachabteilung: Augenheilkunde

Fachabteilungsschlüssel: 2700

Art: Belegabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Belegärztin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Gabriele Schröder
Telefon: 0551/548930
Fax: 0551/485432
E-Mail: info@praxis-theaterplatz.de

Funktion: Belegarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Hans Hoerauf
Telefon: 0551/548930
Fax: 0551/485432
E-Mail: info@praxis-theaterplatz.de

Öffentliche Zugänge

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote - Augenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Augenheilkunde
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA15	Plastische Chirurgie
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Augenheilkunde

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Augenheilkunde
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF24	Diätetische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
BF25	Dolmetscherdienst

B-7.5 Fallzahlen - Augenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl:	567
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	H25	554	Grauer Star im Alter - Katarakt
2	H02	5	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides
3	C44	< 4	Sonstiger Hautkrebs
4	D31	< 4	Gutartiger Tumor am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln
5	H21	< 4	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Regenbogenhaut (Iris) oder des Strahlenkörpers des Auges
6	H26	< 4	Sonstiger Grauer Star
7	H40	< 4	Grüner Star - Glaukom
8	T85	< 4	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdkörper (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-984	566	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
2	5-144	555	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel
3	5-149	213	Sonstige Operation an der Augenlinse
4	5-137	65	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)
5	5-159	7	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper
6	5-093	4	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides
7	5-096	< 4	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern
8	5-112	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges
9	5-131	< 4	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation
10	5-139	< 4	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges
11	5-142	< 4	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)
12	5-143	< 4	Operative Entfernung der Augenlinse mit ihrer Linsenkapsel
13	5-146	< 4	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse
14	5-158	< 4	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper
15	5-895	< 4	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Augenheilkunde Praxis am Theaterplatz	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Kommentar	Gemeinschaftspraxis von Frau Dr. med. Schröder und Prof. Dr. Hoerauf
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (VA10)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn (VA09)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen (VA14)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen	283,50000	Frau Dr. med. Schröder, Herr Prof. Dr. Hoerauf



B-7.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,78 Vollkräfte	726,92310	3 Jahre

B-7.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	99	100,00
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	9	100,00
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	18	100,00
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	30	100,00
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	14	100,00
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	15	100,00
Karotis-Revaskularisation (10/2)	23	100,00
Cholezystektomie (12/1)	107	100,00
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	207	100,00
Geburtshilfe (16/1)	1024	100,00
Mammachirurgie (18/1)	268	98,90
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	1350	100,00
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	16	100,00
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	30	100,00

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 0:

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	16 / 16
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,71 - 97,82%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,80 - 97,92
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,03 - 95,83
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	14 / 15
Ergebnis (Einheit)	93,33%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,22 - 95,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	96,61 - 96,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	9 / 9
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	92,31 - 92,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,47 - 98,58%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,52 - 97,96%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	Auf Empfehlung der Bundesebene/ Expertengruppe wurde der Strukturierte Dialog trotz definierten Referenzbereiches ausgesetzt.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,85 - 1,87
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	Auf Empfehlung der Bundesebene/ Expertengruppe wurde der Strukturierte Dialog trotz definierten Referenzbereiches ausgesetzt.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	94,62 - 94,84%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,70 - 97,85%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	12,84 - 13,10
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,33
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,98 - 1,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,16%
Vertrauensbereich	1,26 - 1,48%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,10%
Vertrauensbereich	7,09 - 7,34%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 38,00%
Vertrauensbereich	20,25 - 21,66%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	16 / 16
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,00%
Vertrauensbereich	94,75 - 94,93%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 107
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,10 - 0,13
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,82 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,49 - 2,64
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,55
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,35
Vertrauensbereich	1,04 - 1,10
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,19 - 1,33
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)
Zähler / Nenner	0 / 107
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,10 - 0,14
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Zähler / Nenner	0 / 107
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,86 - 0,95
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,24$
Vertrauensbereich	0,93 - 1,03
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Kennzahlbezeichnung	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich	95,97 - 96,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts
Zähler / Nenner	289 / 299
Ergebnis (Einheit)	96,66%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich	97,91 - 98,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten
Kennzahlbezeichnung	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten
Zähler / Nenner	0 / 12
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,60 - 0,96
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen
Zähler / Nenner	989 / 1003
Ergebnis (Einheit)	98,60%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,18 - 99,22%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Angabe eines pH-Wertes, aber keine Angabe eines Base Excess-Wertes
Kennzahlbezeichnung	Angabe des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen ohne Angabe des Basenwertes
Zähler / Nenner	12 / 989
Ergebnis (Einheit)	1,21%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	11,93 - 12,09%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahlbezeichnung	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,19 - 0,21
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Kennzahlbezeichnung	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,46 - 95,96%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U31 - Besondere klinische Situation



Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Kritischer Zustand des Neugeborenen
Zähler / Nenner	0 / 971
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,03 - 0,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,37
Vertrauensbereich	0,99 - 1,05
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt
Zähler / Nenner	6 / 621
Ergebnis (Einheit)	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,28 - 1,35
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,62
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,21
Vertrauensbereich	0,94 - 0,99
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,00 - 1,07
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,56
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,04 - 1,17
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Zähler / Nenner	0 / 84
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00%
Vertrauensbereich	1,45 - 1,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	7 / 54
Ergebnis (Einheit)	12,96%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00%
Vertrauensbereich	12,87 - 13,86%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovaringriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	39 / 43
Ergebnis (Einheit)	90,70%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 78,05%
Vertrauensbereich	90,74 - 91,37%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	94 / 95
Ergebnis (Einheit)	98,95%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	96,65 - 96,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	92 / 93
Ergebnis (Einheit)	98,92%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	97,51 - 97,73%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation
Zähler / Nenner	96 / 99
Ergebnis (Einheit)	96,97%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich	86,13 - 86,62%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	94,80 - 95,49
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	78 / 78
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	98,32 - 98,52
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich	0,79 - 0,93%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 99
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,28 - 1,44
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,94
Vertrauensbereich	0,89 - 1,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund technischer Probleme mit dem Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,33%
Vertrauensbereich	0,42 - 0,51%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht (Problem mit der Schrittmachersonde oder an der Gewebetasche)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,00%
Vertrauensbereich	3,10 - 3,32%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion oder Schäden an der Gewebetasche
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,00%
Vertrauensbereich	0,22 - 0,28%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 60 Minuten
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 60 Minuten
Zähler / Nenner	14 / 14
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich	92,38 - 93,42%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,00%
Vertrauensbereich	0,29 - 0,54%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,07 - 0,21
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation
Zähler / Nenner	30 / 30
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich	87,00 - 87,76%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
Zähler / Nenner	29 / 30
Ergebnis (Einheit)	96,67%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	93,64 - 94,18%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
Zähler / Nenner	30 / 30
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	94,83 - 95,32%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Zähler / Nenner	13 / 14
Ergebnis (Einheit)	92,86
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	93,86 - 94,70
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Zähler / Nenner	4 / 4
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,16 - 96,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber
Zähler / Nenner	11 / 11
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,23 - 97,84
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich	0,77 - 0,99%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 30
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,50 - 0,68
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,11
Vertrauensbereich	0,80 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,00%
Vertrauensbereich	4,59 - 5,02%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion
Zähler / Nenner	0 / 44
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,78%
Vertrauensbereich	0,99 - 1,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich	1,12 - 1,58%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 15
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,41 - 1,92
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,71$
Vertrauensbereich	0,83 - 1,13
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Zähler / Nenner	14 / 14
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich	97,66 - 98,11%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden
Zähler / Nenner	6 / 6
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich	98,78 - 99,19%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 23
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,98 - 2,33
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,88
Vertrauensbereich	0,85 - 1,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 23
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,08 - 1,34
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,23$
Vertrauensbereich	0,81 - 1,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich	95,19 - 96,56%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich	98,03 - 99,15%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod nach Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,31 - 2,34
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	24 / 787
Ergebnis (Einheit)	3,05%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 43,92%
Vertrauensbereich	21,13 - 21,37%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	0 / 12
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 54,02%
Vertrauensbereich	25,93 - 26,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	0 / 571
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 43,65%
Vertrauensbereich	19,88 - 20,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Kennzahlbezeichnung	Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel
Zähler / Nenner	11 / 788
Ergebnis (Einheit)	1,40%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,12%
Vertrauensbereich	7,31 - 7,46%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Kennzahlbezeichnung	Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel
Zähler / Nenner	0 / 12
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 45,50%
Vertrauensbereich	20,00 - 20,88%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Kennzahlbezeichnung	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 34,33%
Vertrauensbereich	15,21 - 15,47%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Kennzahlbezeichnung	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	188 / 194
Ergebnis (Einheit)	96,91%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	96,12 - 96,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Kennzahlbezeichnung	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Zähler / Nenner	0 / 23
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00%
Vertrauensbereich	0,16 - 0,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Kennzahlbezeichnung	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 29,00%
Vertrauensbereich	13,15 - 15,04%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
Zähler / Nenner	104 / 106
Ergebnis (Einheit)	98,11%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	94,16 - 94,64%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben
Zähler / Nenner	18 / 7521
Ergebnis (Einheit)	0,24
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,40 - 0,40
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,86
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,22
Vertrauensbereich	0,99 - 1,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades erwarben
Zähler / Nenner	0 / 7521
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 - 0,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.



C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 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	32
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	32
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	32

D Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden.

Umso erfreulicher belegte im September 2014 die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführte Studie des AQUA-Instituts, dass Qualität eine Kernkompetenz deutscher Krankenhäuser ist. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2008. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In vielen Unternehmen ist die Verortung von Qualität in der Unternehmensplanung nicht definiert. Bei AGAPLESION ist sie dagegen Teil der strategischen Unternehmensplanung.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Auf diese Weise können Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickelt und umgesetzt werden, als das für einzelne, kleine Häuser überhaupt möglich ist. Die Lenkungsgruppe Qualitätspolitik hat Wesentliches dazu beigetragen, die AGAPLESION weite Qualitätspolitik kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

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

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob unser Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2008 erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme des Patienten bis hin zur Entlassung analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

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

Risikomanagement

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

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

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

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

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

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

Zertifizierungen

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



Zertifiziert nach den Regeln der WHO Initiative Babyfreundlich



Zertifiziert nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Endoskopische Sonografie



Zertifikat der Techniker Krankenkasse zur besonderen Zufriedenheit der Patienten im



Zertifiziert nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (Chest-Pain-Unit = Brustschmerz-Einheit).

Meinungsmanagement

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

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



Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

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

Befragung

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

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

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

Projektorganisation

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

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

Einführung des Patientenarmbandes

Wie in vielen anderen Krankenhäusern gehört auch in unserem Haus die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit zum festen Bestandteil des Risikomanagements. Auf der Suche nach geeigneten Instrumenten fällt die Wahl auf die Einführung eines Identifikationsarmbandes zur Vermeidung von Patientenverwechslungen. Die Projektdurchführung orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen.

Standardisierung von Spritzenetiketten

Vorrangiges Ziel bei der Gabe von flüssigen Medikamenten ist die standardisierte Kennzeichnung von Spritzen und Perfusoren, um Vorkommnisse aufgrund von Wirkstoffverwechslungen zu reduzieren und zu vermeiden. Für alle entscheidenden Bereiche unseres Krankenhauses wurde nach den Vorgaben der ISO-Norm und den Empfehlungen von DIVI und DGAI Spritzenetiketten eingeführt. Die geltenden Normen und Empfehlungen der Fachgesellschaften stellen bei der Umsetzung den wichtigsten Baustein zur Verbesserung der Patientensicherheit dar.

Standardisierte Erfassung des Sturzrisikos

Studien belegen, dass gezieltes Erfassen von Sturzrisiken eine wichtige Maßnahme zur Sturzprävention ist und somit die Anzahl von Stürzen reduzieren kann. Aus diesem Grunde haben wir im Aufnahmeprozess die standardisierte Erfassung des Sturzrisikos bei jedem Patienten implementiert. Mittels Stratify Skala wird das Sturzassessment erfasst und individuelle Maßnahmen zur Sturzprävention ergriffen. Beim Projekt haben wir als Grundlage den Expertenstandard Sturz des DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege genutzt.