



AGAPLESION
DIAKONIEKRANKENHAUS
SEEHAUSEN

QUALITÄTSBERICHT 2012

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2012

Erstellt am 28.02.2014



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... 7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers 8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... 8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... 8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit 10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses 11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... 11
A-10	Gesamtfallzahlen 11
A-11	Personal des Krankenhauses 11
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... 12
A-13	Besondere apparative Ausstattung..... 12
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 13
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 15
B-1	Allgemein- / Viszeralchirurgie 15
B-2	Innere Medizin..... 25
B-3	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin..... 30
B-4	HNO Belegabteilung..... 33
C	Qualitätssicherung..... 36
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V 36

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	75
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	75
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	75
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	75
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	75
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V.....	75
Qualitätsmanagement		76

Einleitung

Qualitätsbericht 2012

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Titel:

Vorname: Maria

Name: Theis

Position: Geschäftsführerin

Telefon: 039386/6-231

Fax: 039386/6-269

E-Mail: maria.theis@dkhseehausen.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Titel:

Vorname: Maria

Name: Theis

Position: Geschäftsführerin

Telefon: 039386/6-231

Fax: 039386/6-269

E-Mail: maria.theis@dkhseehausen.de

Frankfurt am Main, im April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

in kaum einem Arbeitsbereich ist Qualität so entscheidend und häufig sogar lebensnotwendig wie in der Medizin. Sie entsteht aus Erfahrung, Wissen und strukturierten Prozessen der Qualitätssicherung.

In den Einrichtungen der AGAPLESION gemeinnützige AG behandeln unsere hochqualifizierten Mitarbeiterteams rund 500.000 Patienten pro Jahr. Ausgehend von unserem christlichen Leitbild ist es uns ein Anliegen, Menschen, die zu uns kommen, mit bestmöglicher medizinischer und pflegerischer Qualität zu versorgen. Dazu hat AGAPLESION ein nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziertes Qualitätsmanagement-System etabliert, in das jede der rund einhundert Einrichtungen eingebunden ist. Es ermöglicht die kontinuierliche Optimierung der Prozesse zur Erreichung einer exzellenten Ergebnisqualität.

Im Rahmen einer verpflichtenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird konzernweit die Behandlungsqualität verglichen und in fachbezogenen Qualitätszirkeln diskutiert. Auf diese Weise erhalten die verantwortlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten der Einrichtungen fortwährende Unterstützung bei der Weiterentwicklung ihrer Systeme und bei Zertifizierungsprozessen. Sie profitieren damit von der Erfahrung aller Einrichtungen des Konzerns. Die Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems und die Umsetzung der Qualitätsanforderungen werden kontinuierlich durch interne und externe Audits überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben nach den definierten Qualitätsstandards auszuüben, bietet die AGAPLESION Akademie in Heidelberg ein breites Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe sowie in Managementthemen an.

Das Qualitätsmanagement-System erstreckt sich auch auf alle anderen, nicht medizinischen Prozesse. Bestandteile sind ein zentrales Risikomanagement, Zertifizierungen durch medizinische Organisationen, Meinungsmanagement und das Management von Innovationen im Rahmen medizinischer Fachbeiräte sowie ein lebendiges, gelebtes Ideenmanagement. Darüber hinaus wurden für alle Einrichtungen verbindliche Führungs- und Verhaltensgrundsätze verabschiedet und Qualitätsziele formuliert. Denn: Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und gleichzeitig gelebtes Instrument in der täglichen Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG


Gerhard Hallenberger
Vorstand
AGAPLESION gAG


Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Einleitung

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN freut sich, Ihnen den Qualitätsbericht für das Jahr 2012 vorstellen zu dürfen. Wir sehen die gesetzliche Verpflichtung der Erstellung dieses Berichtes als eine Chance, allen Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten, interessierten Kooperationspartnern und Kostenträgern, die sich stetig verbessernde Qualität unserer Leistungen darzustellen.

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN ist ein Krankenhaus der Basisversorgung mit 112 Betten zur Betreuung von stationären Patienten. Die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin bieten eine breite medizinische Leistungspalette an, die durch eine HNO-Belegabteilung, eine Orthopädische und eine Urologische Konsiliarabteilung ergänzt wird. Ebenso unterhält das Haus eine Notfallambulanz und ist Notarztstandort für den Bereich des nördlichen Landkreises Stendal. Bei der Ausbildung in der Krankenpflege und im Verwaltungsbereich ist sich das Krankenhaus seiner Verantwortung bewusst und stellt jährlich Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Qualitätsmanagement ist bei uns ein Instrument der Organisationsentwicklung und Bestandteil der Leistungserbringung, mit dem Ziel der kontinuierlichen Optimierung der Behandlungsprozesse. Neben der medizinischen Qualität unserer Leistungen stehen das Patientenwohl und die Patientenzufriedenheit im Mittelpunkt unserer Arbeit. Der Erfolg dieser Bemühungen wurde uns durch die Zertifizierung unseres Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 im Dezember 2012 bestätigt. Dieses Zertifikat bescheinigt unserem Krankenhaus auf Grundlage einer fundierten Analyse eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und die erfolgreiche Einrichtung eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems, durch das die Qualität unserer Leistungen nachhaltig gesichert, effektiv weiterentwickelt und anhand von Kennzahlen und Messgrößen kontinuierlich überprüft wird. Bereits im März 2011 erhielt unser Krankenhaus durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie die Bescheinigung als lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk DGU. Im Mai 2012 wurde uns von der Deutschen Herniengesellschaft eine qualitätsgesicherte Hernienchirurgie bescheinigt.

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

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



Maria Theis
Geschäftsführerin



Heike Leue
Verwaltungsleiterin



Nicole Hinkelmann
Pflegedienstleiterin



Dr. med. A. Boetefür
Ärztliche Direktorin

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus IK-Nummer: 261530014

Standortnummer: 00

Krankenhausname: AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN

Hausanschrift: Dr. Albert Steinert Platz 1
39615 Seehausen/Altmark

Telefon: 039386/6-0
Fax: 039386/6-269

E-Mail: info@dkhseehausen.de
URL: <http://www.dkhseehausen.de>

Geschäftsführung

Person: Maria Theis
Position: Geschäftsführerin
Telefon | Fax: 039386/6-231 | 039386/6-269
E-Mail: maria.theis@dkhseehausen.de

Ärztliche Leitung

Person: Dr. med. Anja-Katrin Boetefür
Position: Ärztliche Direktorin
Telefon | Fax: 039386/6-237 | 039386/6-269
E-Mail: anja-katrin.boetefuer@dkhseehausen.de

Pflegedienstleitung

Person: Nicole Hinkelmann
Position: Pflegedienstleitung
Telefon | Fax: 039386/6-248 | 039386/6-269
E-Mail: nicole.hinkelmann@dkhseehausen.de

Verwaltungsleitung

Person: Heike Leue
Position: Verwaltungsleiterin
Telefon | Fax: 039386/6-249 | 039386/6-269
E-Mail: heike.leue@dkhseehausen.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN gemeinnützige GmbH

Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

Leistungsangebote:

- Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)
- Massage (MP25)
- Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)
- Diät- und Ernährungsberatung (MP14)
- Fußreflexzonenmassage (MP18)
- Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie (MP29)
- Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)
- Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)
- Schmerztherapie/-management (MP37)
- Sozialdienst (MP63)
- Stomatherapie/-beratung (MP45)
- Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)
- Wundmanagement (MP51)
- Atemgymnastik/-therapie (MP04)
- Basale Stimulation (MP06)
- Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)
- Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)
- Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)

- Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM03)

Kommentar: Die Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer ist eine kostenpflichtige Wahlleistung und beinhaltet auch die Telefongestellung und TV-Benutzung.

Mutter-Kind-Zimmer (NM05)

Kommentar: Eine Begleitung Ihres Kindes während des stationären Aufenthaltes ist selbstverständlich möglich.

Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) (NM09)

Kommentar: Begleitpersonen können kostenfrei im 3- und 4-Bett-Zimmer oder kostenpflichtig im 2-Bett-Zimmer bzw. im Personalwohnheim untergebracht werden.

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (NM14)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0,00 €

Kommentar: In jedem Patientenzimmer steht ein TV-Gerät zur Verfügung. Die Nutzung ist kostenfrei.

Telefon am Bett (NM18)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 1,50€

Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 €

Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00 €

Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (NM19)

Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (NM01)

Seelsorge (NM42)

Kommentar: Unser Krankenhaus-Seelsorger hat Zeit zum Zuhören und Zeit zum Reden - wenn Sie mögen.

Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (NM30)

Zusatzangaben: Kosten pro Stunde maximal: 0,00 €

Kosten pro Tag maximal: 0,00 €

Kommentar: Es stehen ausreichend kostenlose Parkplätze für Patienten und Besucher bereit.

Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen (NM49)

Kommentar: Regelmäßig finden Aktionstage bzw. Informationsveranstaltungen "Medizin im Dialog" zu unterschiedlichen Themen für interessierte Besucher, aber auch Patienten statt.

Ein-Bett-Zimmer (NM02)

Andachtsraum (NM67)

Zwei-Bett-Zimmer (NM10)

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM11)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

- Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)
- Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)
- Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)
- Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (BF09)
- Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)
- Diätische Angebote (BF24)
- geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)
- OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische (BF18)
- Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten (BF20)
- Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal (BF26)

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- **Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) (FL03)**
Aufnahme und Ausbildung von Famulanten
- **Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten (FL04)**
Teilnahme am regionalen Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Epidemiologie der Martin -Luther Universität Halle-Wittenberg

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)**
3-jährige Ausbildung in der Krankenpflege
- **Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin (HB17)**
1-jährige Ausbildung in der Krankenpflegehilfe

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 112

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 4932
Teilstationäre Fallzahl: 0
Ambulante Fallzahl: 8478

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	19,0 Vollkräfte
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,0 Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1 Personen

A-11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	62,0 Vollkräfte	3 Jahre

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl Vollkräfte
Personal mit Zusatzqualifikationen nach Bobath oder Vojta (SP32)	2,0
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	1,0
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)	1,0
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)	1,0
Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43)	5,0
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	5,0
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	1,0

A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	0 Personen
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3 Personen
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1 Personen
Hygienebeauftragte in der Pflege	12 Personen
Hygienekommission eingerichtet: ja Vorsitzende: Frau Dr. Boetefür	

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Frau Sibille Schorlemmer

Position:	Qualitätsmanagementbeauftragte
Straße / Hausnummer:	Dr. Albert Steinert Platz 1
PLZ / Ort:	39615 Seehausen
Telefon:	039386/6-234
Fax:	039386/6-269
E-Mail:	Sibille.Schorlemmer@dkhseehausen.de
Schwerpunkte:	Qualitätsmanagement

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	24h	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Ja	In Kooperation mit niedergelassenen Radiologen

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt

Aussage: Ja

Kommentar:

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)

Aussage: Ja

Kommentar:

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden

Aussage: Ja

Kommentar:

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden

Aussage: Ja

Kommentar:

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert

Aussage: Ja

Kommentar: Der Beschwerdeführer erhält innerhalb von fünf Tagen eine schriftliche Rückmeldung.

Patientenbefragungen

Aussage: Ja

Link zum Bericht:

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

Einweiserbefragungen

Aussage: Ja

Link zum Bericht:

Kommentar: In regelmäßigen Abständen werden Einweiserbefragungen durchgeführt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Titel:

Vorname: Diana

Name: Scholz

Position: Meinungsmanagementbeauftragte

Straße: Dr. Albert Steinert Platz

Hausnummer: 1

Postleitzahl: 39615

Ort: Seehausen

Telefon: 039386/6-231

Fax: 039386/6-269

E-Mail: IhreMeinung@dkhseehausen.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Titel:
Vorname: Sibille
Name: Schorlemmer
Position: Sozialer Dienst
Straße: Dr. Albert Steinert Platz
Hausnummer: 1
Postleitzahl: 39615
Ort: Seehausen
Telefon: 039386/6-234
Fax: 039386/6-269
E-Mail: Sibille.Schorlemmer@dkhseehausen.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Kommentar: Auf dem Meinungsbogen ist ein Hinweis, dass die "Angaben zur Person" freiwillig sind und somit die Abgabe auch anonym erfolgen kann. Zur Gewährleistung der Anonymität ist ein Briefkasten angebracht.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Allgemein- / Viszeralchirurgie

B-1.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung:	Allgemein- / Viszeralchirurgie
Chefarzt:	Dr. med. Georg Federmann
Ansprechpartner:	Dr. med. Georg Federmann
Hausanschrift:	Dr. Albert Steinert Platz 1 39615 Seehausen
Telefon:	039386/6-225
Fax:	039386/6-267
E-Mail:	Georg.Federmann@dkhseehausen.de
URL:	http://www.dkhseehausen.de

B-1.2 Medizinische Leistungsangebote - Allgemein- / Viszeralchirurgie

- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Zusammenarbeit mit der internistischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen und Aggregatwechsel durchgeführt.
- **Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)**
Die operative Behandlung von Krampfadern (auch minimal invasiv) wird überregional wahrgenommen.
- **Endokrine Chirurgie (VC21)**
Durchgeführt werden Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen (immer unter Neuromonitoring = Kontrolle der Stimmbandnerven).
- **Magen-Darm-Chirurgie (VC22)**
Hier werden Magen-Darm-Operationen bei entzündlichen und tumorösen Erkrankungen, überwiegend laparoskopisch durchgeführt. Zusätzlich postoperative entzündliche Veränderungen wie Verwachsungsbauch oder Narbenbrüche.
- **Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)**
Nahezu ausschließlich werden die Operationen im Bereich der Gallenblase laparoskopisch durchgeführt (Knopflochchirurgie): Gallenblasenentfernungen und je nach Befund Gallengangsrevisionen.
- **Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)**
Gelenkersatzverfahren werden zum Einen bei Oberschenkelhalsbrüchen (Hüftkopfersatz) angewendet und zum Anderen bei degenerativen Veränderungen in Hüft- und Kniegelenken (Totalendoprothese) auch im minimal invasiven Operationsverfahren.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)**
Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Schultergürtel und Oberarm bis hin zum Endoprothesenersatz. Arthroskopische Operation von Schulterverletzungen.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)**

Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Ellenbogen und Unterarm bis hin zum Endoprothesenersatz.

- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)**
Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Handgelenk und Hand.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)**
Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Knie und Unterschenkel, z.T. arthroskopisch. Arthroskopische Operationen inkl. Kreuzbandersatz.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)**
Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Sprunggelenken und Fuß, z.T. arthroskopisch.
- **Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)**
In diesem Bereich sind die Operationen von Nervenkompressionssyndromen (auch endoskopisch) und die Operationen bei Kontrakturen der Hand- und Fußfaszie (Morbus Dupuytren) zu nennen.
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**
Operationen an der Gallenblase, am Wurmfortsatz, Bauchwandbrüchen, bei Erkrankungen des Dünn- und Dickdarms, ggf. auch des Magens und der Milz werden überwiegend minimal invasiv durchgeführt.
- **Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)**
Arthroskopische Gelenkoperationen an Knie- und Schultergelenk werden sowohl nach Verletzungen einschließlich der Rekonstruktion von Bandverletzungen als auch bei Verschleißerscheinungen der Gelenkknorpel durchgeführt.
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)**
Konservative Behandlung von ambulant nicht beherrschbaren Schmerzzuständen des Rückens.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)**
Sämtliche gängige Verfahren der Osteosynthese an Hüfte und Oberschenkel.
- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)**
Es werden transanale endoskopische Entfernungen von Polypen und geeigneten Enddarmtumoren durchgeführt.
- **Spezialprechstunde (VC58)**
Herniensprechstunde, Schilddrüsensprechstunde, Endoprothetiksprechstunde, BG-Sprechstunde; Krampfadersprechstunde
- **Arthroskopische Operationen (VC66)**
Arthroskopische Operationen an Schulter, Kniegelenk, ggf. Handgelenk und Sprunggelenk durchgeführt.
- **Notfallmedizin (VC71)**
Teilnahme am regionalen Traumazentrum, Versorgung akuter gastrointestinaler Blutungen, akutes Abdomen.
- **Tumorchirurgie (VC24)**
Nach Operationen bösartiger Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, der Schilddrüse, ggf. von Hauttumoren erfolgt die leitliniengerechte, notwendige Folgetherapie gemäß Tumorkonferenz. Ggf. Metastasenentfernung. Im Rahmen der interdisziplinären Tumorthherapie werden Portimplantationen durchgeführt.
- **Portimplantation (VC62)**
Im Rahmen der interdisziplinären Tumorthherapie werden Portimplantationen durchgeführt.
- **Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)**
Metallentfernungen nach stattgehabter Osteosynthese, situative Fremdkörperentfernung nach Möglichkeit minimalinvasiv.

- **Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)**
An Schulter-, Knie-, Sprunggelenk, ggf. auch Handgelenk führen wir Bandrekonstruktionen oder sekundär plastische Rekonstruktionen durch.
- **Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)**
Debridements und Vakuumbehandlungen bei Dekubitalgeschwüren unterschiedlicher Lokalisationen, ggf. auch mit sekundärer Deckung.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)**
Schädelhirntrauma mit Ausnahme intrakranialer Blutungen oder offener Schädelverletzungen.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)**
Diagnostik und Therapie und konservative Therapie von HWS Verletzungen.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)**
Diagnostik und Therapie von Rippen- und stumpfen Thoraxtraumen, ggf. auch operative Stabilisierung.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)**
Diagnostik sowie konservative und operative Therapie von LWS Verletzungen (Kyphoplastie) und Beckenverletzungen.
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)**
Versorgung von Sehnenrupturen, Versorgung von stumpfen Bauchtraumen und offenen Bauchverletzungen.
- **Amputationschirurgie (VC63)**
Major und Minor Amputationen vor allen Dingen an der unteren Extremität.
- **Fußchirurgie (VO15)**
Operationen zur Beseitigung von degenerativen (u.a. Hallux, Hammerzehen) traumatischen Veränderungen (Osteosynthesen am Fersenbein, Fußwurzelknochen, Mittelfußknochen) und im Rahmen von durchblutungsbedingten Weichteilinfekten (z.B. beim diabetes mellitus).
- **Handchirurgie (VO16)**
Behandlung von Nervenkompressionssyndromen, Arthrosen, Frakturen, Weichteilverletzungen inkl. Sehnen, Mb. Dupuytren, Sehnenkompressionssyndromen, Ganglien.
- **Schulterchirurgie (VO19)**
überwiegend arthroskopische Operation von degenerativen Veränderungen des Schulter- und Schulterreckgelenkes (Arthrose, Impingement, Verkalkung). Ferner traumatische Veränderungen wie Rotatorenmanschettenruptur, Frakturen und Luxationen im Bereich der Schulter bis hin zur Traumaendoprothese.
- **Wirbelsäulenchirurgie (VC65)**
Kyphoplastie frischer LWS- und BWS-Frakturen.
- **Endoprothetik (VO14)**
total endoprothetischer Ersatz großer Gelenke (Knie , Hüfte) bei Arthrose sowie teilendoprothetischer Ersatz bei Verletzungen (auch Schulter, Ellenbogengelenk). Endoprothesen bei Daumensattelgelenksarthrose.
- **Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)**

Wir führen operative Therapien von Fehl- und Neubildungen (z.B. bei Hodentumoren, bei Hydrozelen und Phimosen) durch.

- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)**
- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)**
alle Eingriffe werden minimal invasiv durchgeführt, dieses betrifft das gesamte Harnsystem.
- **Tumorchirurgie (VU13)**
endoskopische Tumorchirurgie bei Prostata- und Blasentumoren sowie Tumoren der Urethra.

B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Allgemein- / Viszeralchirurgie

Trifft nicht zu.

B-1.4 Fallzahlen - Allgemein- / Viszeralchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1819
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	105	Gallensteinleiden
2	N40	104	Gutartige Vergrößerung der Prostata
3	M54	90	Rückenschmerzen
4	M17	80	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
5	S06	74	Verletzung des Schädelinneren
6	N42	72	Sonstige Krankheit der Prostata
7	K40	63	Leistenbruch (Hernie)
8	M23	50	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
9	S72	48	Knochenbruch des Oberschenkels
10	M16	44	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
11	C61	43	Prostatatakrebs
12	S82	42	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
13	E04	40	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
14	S52	39	Knochenbruch des Unterarmes
15	R10	38	Bauch- bzw. Beckenschmerzen

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-601	135	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
2	5-812	113	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
3	5-511	103	Operative Entfernung der Gallenblase
4	1-464	101	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
5	5-573	89	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
6	5-530	67	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
7	5-822	64	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
8	8-191	62	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten
9	5-820	60	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
10	5-810	58	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
11	5-790	49	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
12	5-900	48	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
13	5-916	45	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
14	5-069	44	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
15	5-377	43	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)

B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

BG-Ambulanz

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

KV Ermächtigung Sprechstunde

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Endokrine Chirurgie (VC21)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
Angebotene Leistung	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
Angebotene Leistung	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
Angebotene Leistung	Portimplantation (VC62)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)

Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

B-1.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	78	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-530	34	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
3	5-385	33	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
4	1-502	31	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt
5	5-841	27	Operation an den Bändern der Hand
6	5-640	25	Operation an der Vorhaut des Penis
7	5-056	21	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
8	5-399	21	Sonstige Operation an Blutgefäßen
9	5-812	13	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
10	5-810	10	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung

B-1.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Ja
stationäre BG-Zulassung: Ja

B-1.10 Personelle Ausstattung

B-1.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,0 Vollkräfte	0,00385
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,0 Vollkräfte	0,00220
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1 Personen	0,00055

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

Zusatz-Weiterbildung

B-1.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	16,0 Vollkräfte	0,00880	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

B-1.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-2 Innere Medizin

B-2.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung:	Innere Medizin
Chefarzt:	Dr. med. Jürgen Jahnke
Ansprechpartner:	Dr. med. Jürgen Jahnke
Hausanschrift:	Dr. Albert Steinert Platz 1 39615 Seehausen
Telefon:	039386/6-144
Fax:	039389/6-267
E-Mail:	Juergen.Jahnke@dkhseehausen.de
URL:	http://www.dkhseehausen.de

B-2.2 Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin

- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen durchgeführt.(incl.der entsprechenden Nachsorge und Aggregatwechsel)
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**
endoskopische Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im Bereich von Speiseröhre, Magen, Darm und Gallengänge. Dazu gehören Polypektomie, die endoskopische Blutstillung (z.B.mittels Clip oder Argon Beamer) und die Ligaturbehandlung(z.B. von Hämorrhoiden).
- **Intensivmedizin (VI20)**
Auf der interdisziplinären Intensivstation mit 7 Betten wurden Patienten mit verschiedenen internistischen Krankheitsbildern behandelt.
- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**
Als „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ betreuen wir speziell Patienten mit Diabetes mellitus und seinen Komplikationen. Eine interdisziplinäre Behandlung erfolgt durch unsere Diabetologin und unseren Chirurgen. Diätassistentinnen und -schwestern beraten und betreuen die Patienten.
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**
Durchgeführt werden endoskopisch-diagnostische Untersuchungen im Bereich der Bronchien und der Lunge (incl. Biopsie, Entfernung von Fremdkörpern, Blutstillung) sowie therapeutische Spülungen und Spezialuntersuchungen der Lungenfunktion (Bodyplethysmographie).
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**
Neben der endoskopisch-diagnostischen Darstellungen der Gallenwege, werden auch therapeutischen Maßnahmen(z.B.Steinentfernung aus den Gallenwegen,das Einsetzen von Stents(Metall-oder Kunststoffröhrchen)in die Gallenwege bei Galleabflussstörungen und die Blutstillung in diesem Bereich) durchgeführt.
- **Spezialsprechstunde (VI27)**
- **Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)**

Die Synkopen- und Schwindeldiagnostik wurde um die Kipptischuntersuchung erweitert.

- **Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)**
In Zusammenarbeit mit einer Dialysepraxis werden chronische- und akut dialysepflichtige Patienten versorgt.
- **Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation (VI21)**
Wir führen Echokardiographien in Vorbereitung auf eine Nierentransplantation durch.
- **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)**
- **Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)**
- **Computertomographie (CT), nativ (VR10)**
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**
- **Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)**
- **Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VI23)**
- **Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)**
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
Wir sind dabei, Mitarbeiter zu schulen, um dementiell erkrankte Patienten in ihrer besonderen Situation adäquat zu versorgen. Als "demenzfreundliches Krankenhaus" werden wir uns somit dem demographischen Wandel in Zukunft stellen.
- **Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)**
- **Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)**
- **Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)**
- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**
- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)**
- **Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)**
- **Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)**
- **Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)**
- **Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)**
- **Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)**
Durchführung des Schlafapnoe Screenings.
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**

- Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
- Endoskopie (VI35)
- Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
- Palliativmedizin (VI38)
- Physikalische Therapie (VI39)
- Schmerztherapie (VU18)
- Teleradiologie (VR44)
- Transfusionsmedizin (VI42)

B-2.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere Medizin

Trifft nicht zu.

B-2.4 Fallzahlen - Innere Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 3108

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	218	Herzschwäche
2	I10	160	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
3	R55	143	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
4	J18	139	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	K29	129	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
6	F10	112	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
7	I48	110	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
8	I63	84	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
9	I20	61	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
10	E11	60	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
11	G40	58	Anfallsleiden - Epilepsie
12	G45	57	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
13	J44	55	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
14	R42	50	Schwindel bzw. Taumel
15	I21	31	Akuter Herzinfarkt

B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	818	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-440	476	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	1-650	343	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	3-200	240	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	1-710	187	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
6	1-620	183	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
7	5-513	130	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
8	3-052	127	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
9	1-642	119	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsendgänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
10	5-452	104	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
11	1-444	97	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
12	5-469	77	Sonstige Operation am Darm
13	8-561	59	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
14	5-449	53	Sonstige Operation am Magen
15	8-831	43	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist

B-2.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Ultraschallsprechstunde

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Echokardiographie

Herzschrittmachersprechstunde

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
-------------	--

Gefäßsprechstunde

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	Duplexsonographie der Gefäße

B-2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	< 4	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie

B-2.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.10 Personelle Ausstattung

B-2.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	9,0 Vollkräfte	0,00290
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,0 Vollkräfte	0,00129
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

Zusatz-Weiterbildung

B-2.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	29,0 Vollkräfte	0,00933	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

B-2.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-3 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

B-3.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung:	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
Chefärzte:	Geschäftsführender Ltd. Abteilungsarzt: Dipl. med. Holger Altknecht Ltd. Abteilungsärztin Dipl. med. Sylke Werthe Ltd. Abteilungsärztin Gabriela Herenyiova
Ansprechpartner:	Dipl. med. Holger Altknecht
Hausanschrift:	Dr. Albert Steinert Platz 1 39615 Seehausen / Altmark
Telefon:	039386/6-218
Fax:	039386/6-267
E-Mail:	Holger.Altknecht@dkhseehausen.de
URL:	http://www.dkhseehausen.de

B-3.2 Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

- **Intensivmedizin (VI20)**
Auf der interdisziplinären Intensivstation (ITS) unseres Hauses werden die Intensivpatienten aller Fachabteilungen incl. der Beatmungspatienten behandelt.
- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen durchgeführt (incl. der entsprechenden Nachsorge und Aggregatwechsel).

B-3.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Trifft nicht zu.

B-3.4 Fallzahlen - Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0
In 2010 wurden folgende Narkosen durchgeführt:

1.954 Allgemein- bzw. Vollnarkosen
298 Narkosen für ambulante Operationen
58 Kindernarkosen
117 rückenmarksnahe Narkosen
6 übrige regionale Narkosen

Auf der interdisziplinären Intensivstation wurden 1.371 Patienten überwacht und behandelt, davon:

298 chirurgische Patienten
1.072 internistische Patienten
1 gynäkologische Patientin

44 Patienten wurden beatmet, davon 41 invasiv (über Tubus oder Tracheostoma) mit insgesamt 3.261 Beatmungsstunden und 3 nicht-invasiv (mittels Helm) mit insgesamt 252 Beatmungsstunden.

4 Patienten benötigten eine Akutdialysebehandlung.

B-3.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-3.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-3.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Anästhesiesprechstunde

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

Ermächtigung für ambulante Narkosen

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	persönliche Ermächtigung auf Überweisung von ambulant tätigen Ärzten und Zahnärzten. Darunter fallen auch Narkosen bei Zahneingriffen.

B-3.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-3.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-3.10 Personelle Ausstattung

B-3.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	3,0 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,0 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Anästhesiologie (AQ01)**
Dipl. med. Holger Altknecht
Dipl. med. Sylke Werthe
Gabriela Herenyiova

Zusatz-Weiterbildung

- **Intensivmedizin (ZF15)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
Dipl. med. Holger Altknecht

B-3.10.2 Pflegepersonal

Acht examinierte Pflegekräfte haben eine Fachweiterbildung in Anästhesie und Intensivmedizin.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	17,0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**

Zusatzqualifikation

B-3.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-4 HNO Belegabteilung

B-4.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: HNO-Belegabteilung

Chefarzt: Dr. med. Christine Müller

Ansprechpartner: Dr. med. Christine Müller
Hausanschrift: Dr. Albert Steinert Platz 1
39615 Seehausen

Telefon: 039386/6-181
Fax: 039386/6-267
E-Mail: info@dkhseehausen.de

B-4.2 Medizinische Leistungsangebote - HNO Dr. C. Müller

- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)**
Es werden Entfernungen von Polypen(Adenotomien) und Eröffnungen von Trommelfellen durchgeführt (Parazentesen).
- **Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)**
Hier sind die Operationen an der Nasenscheidewand und Nasenmuschel zu nennen.

B-4.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - HNO Dr. C. Müller

Trifft nicht zu.

B-4.4 Fallzahlen - HNO Dr. C. Müller

Vollstationäre Fallzahl: 5
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	H65	< 4	Nichteitrige Mittelohrentzündung
2	J34	< 4	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
3	J35	< 4	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln

B-4.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-200	< 4	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
2	5-285	< 4	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
3	5-214	< 4	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
4	5-215	< 4	Operation an der unteren Nasenmuschel

B-4.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Vorbereitungssprechstunde	
Ambulanzart	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
Angebote Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)

B-4.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-285	19	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
2	5-200	13	Operativer Einschnitt in das Trommelfell

B-4.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.10 Personelle Ausstattung

B-4.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall	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)	1 Personen	0,20000	Fachexpertise der Abteilung HNO(AQ18)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

Zusatz-Weiterbildung

B-4.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

B-4.10.3 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 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	41	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	9	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	4	100,0	
Cholezystektomie (12/1)	102	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	30	100,0	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	42	100,0	
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	< 4	100,0	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	64	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	147	100,0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	468	100,0	

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

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)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	41 / 41
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	91,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	41 / 41
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	91,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher (sog. VVI-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	20 / 20
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,0%
Vertrauensbereich	83,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher (sog. DDD-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	20 / 21
Ergebnis (Einheit)	95,2%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	77,3 - 99,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	20 / 20
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	83,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	20 / 21
Ergebnis (Einheit)	95,2%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	77,3 - 99,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	2,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	0,4 - 12,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof
Zähler / Nenner	0 / 21
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 15,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsondendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	0 / 41
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,0\%$
Vertrauensbereich	0,0 - 8,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof
Zähler / Nenner	20 / 21
Ergebnis (Einheit)	95,2%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,0\%$
Vertrauensbereich	77,3 - 99,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	41 / 41
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$
Vertrauensbereich	91,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Alle verstorbenen Patienten
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 41
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 8,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,3$
Vertrauensbereich	0,0 - 7,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	66,7%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 77,3\%$
Vertrauensbereich	20,8 - 93,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	7 / 9
Ergebnis (Einheit)	77,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	45,3 - 93,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	66,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 87,3%
Vertrauensbereich	20,8 - 93,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 7
Ergebnis (Einheit)	71,4%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 87,5%
Vertrauensbereich	35,9 - 91,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	20,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	20,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Vorhofsonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 1,5 mV)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	20,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 4 mV)
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 102
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 42,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 102
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 3,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,9$
Vertrauensbereich	0,0 - 1,9
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	0 / 68
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 5,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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 / 102
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelknochens und Aufnahme im Krankenhaus
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	10,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0%
Vertrauensbereich	3,5 - 25,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	21 / 21
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	84,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	0 / 30
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 11,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,8
Vertrauensbereich	0,0 - 11,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 21
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 15,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,9$
Vertrauensbereich	0,0 - 19,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 30
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 11,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,3$
Vertrauensbereich	0,0 - 9,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	0 / 30
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 11,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0
Vertrauensbereich	0,0 - 3,7
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)
Zähler / Nenner	0 / 6
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	4,5%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,8 - 21,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile
Zähler / Nenner	0 / 9
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,1%
Vertrauensbereich	0,0 - 29,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	4,8%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,7%
Vertrauensbereich	0,8 - 22,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,6
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,1 - 2,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	42 / 42
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	91,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	42 / 42
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	42 / 42
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	2,4%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,4 - 12,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,7
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,2$
Vertrauensbereich	0,5 - 13,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 42
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 8,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 17,0$
Vertrauensbereich	0,0 - 28,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 42
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 8,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,7$
Vertrauensbereich	0,0 - 14,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	2,4%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,4 - 12,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,6
Vertrauensbereich	0,2 - 7,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 42
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 43,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,2%
Vertrauensbereich	34,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	34,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 65,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,0
Vertrauensbereich	0,0 - 11,2
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 65,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,2
Vertrauensbereich	0,0 - 52,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	50,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	9,5 - 90,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	24,3
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	4,6 - 44,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	50,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	9,5 - 90,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	8,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,5
Vertrauensbereich	1,6 - 14,9
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 19,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	64 / 64
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	94,3 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	64 / 64
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	94,3 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
Zähler / Nenner	63 / 64
Ergebnis (Einheit)	98,4%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$
Vertrauensbereich	91,7 - 99,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung
Zähler / Nenner	57 / 63
Ergebnis (Einheit)	90,5%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,0\%$
Vertrauensbereich	80,7 - 95,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	1,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	19,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	3,4 - 101,3
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,4%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Pflege: Dekubitusprophylaxe Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,7
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,7$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Pflege: Dekubitusprophylaxe Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,7%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,1 - 2,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,7
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,4$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 450
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken
Zähler / Nenner	0 / 315
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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	148 / 148
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	97,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	146 / 146
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	34,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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	136 / 143
Ergebnis (Einheit)	95,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,2 - 97,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	18 / 18
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,2%
Vertrauensbereich	82,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	84 / 85
Ergebnis (Einheit)	98,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,5%
Vertrauensbereich	93,6 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	129 / 134
Ergebnis (Einheit)	96,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,6 - 98,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	19 / 19
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	83,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	43,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	108 / 108
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	108 / 108
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	13 / 145
Ergebnis (Einheit)	9,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,4%
Vertrauensbereich	5,3 - 14,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	entfällt
Ergebnis (Einheit)	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,6 - 1,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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	0 / 18
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,8%
Vertrauensbereich	0,0 - 17,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	13 / 121
Ergebnis (Einheit)	10,7%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,2%
Vertrauensbereich	6,4 - 17,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	0 / 6
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,9%
Vertrauensbereich	0,0 - 39,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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	144 / 144
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,0%
Vertrauensbereich	97,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	3
Ausnahmetatbestand	Personelle Neuausrichtung
Kommentar	Übergangsregelung aufgrund Chefarztwechsels

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	64

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

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Nr.		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	11
2.	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]	11
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	11

Qualitätsmanagement

Qualität zieht sich durch alle Ebenen der Organisation und spiegelt sich in allen Tätigkeiten und Prozessen in der gesamten Einrichtung wider. Unser Ziel ist die fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen.

Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch die unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte sowie Mitarbeiter. Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA Qualitätsversprechen.

Deshalb haben wir Strukturen zur Qualitätsplanung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung geschaffen – unser Qualitätsmanagement. Wir verstehen Qualitätsmanagement als festen Integrationsbestandteil als auch Führungsinstrument unserer Einrichtung und als Chance für die kontinuierliche Verbesserung der Leistungen.

Allerdings ergibt sich Qualität nicht von selbst, sondern muss erarbeitet werden. Das Qualitätsmanagement stützt sich auf die Beteiligung und Mitwirkung aller Mitarbeitenden und Führungskräfte. Verschiedene Instrumente kommen hierfür zum Einsatz, die im Folgenden aufgeführt werden.





Audits

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen - den internen Audits – ermitteln wir, ob das 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 bis zur Entlassung des Patienten analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten sich konkrete Verbesserungspotentiale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Erfolge der Besten, aber auch die Schwächen auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich ihrer Lieferleistung.



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.

Doch wie lassen sich Risiken systematisch identifizieren? In unserer Einrichtung ist ein anonymes Frühwarnsystem Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Erfassung kritischer Ereignisse etabliert. Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeit und Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder auch Audits zusammen. Auch das Thema Patientensicherheit gehört zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In verschiedenen Bereichen des Hauses sind bereits erfolgreich Projekte umgesetzt, wie zum Beispiel:

- Die Erhöhung der Behandlungssicherheit im Rahmen der Teilnahme am „AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT“
- Teilnahme an der Aktion „Saubere Hände“
- Die Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Die Testung der Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung, im Bereich der Funktionsdiagnostik
- Einführung von „TEAM TIME OUT“ im OP, sowie von OP-Checklisten



Meinungsmanagement



Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessengruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Anregungen und Beschwerden aufzunehmen - persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail.

Die gewonnenen Informationen fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Um- bzw. Neustrukturierung von Abläufen und der Erweiterung unseres Angebots.



Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten (sogenannte Zertifizierungen) dazu, die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems überprüfen und weitere Verbesserungspotentiale aufzeigen zu lassen.

Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 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 kontinuierlichen Verbesserung.



pCC-zertifiziert nach DIN EN ISO
9001 : 2008



Zertifiziertes Traumazentrum der
DioCert GmbH



Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie
zertifiziert durch die Deutsche
Herniengesellschaft



Ideenbörse

Unsere Mitarbeitenden sind der Schlüssel zum Erfolg: In unserer Ideenbörse können Mitarbeiter kreative Verbesserungsvorschläge, Ideen oder auch Innovationen einreichen. Sie sind unsere Experten, um Verbesserungspotentiale bei Prozessabläufen, Technik und Material festzustellen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen.



Befragung

Den Interessen der Patienten, Mitarbeitern und Kooperationspartnern verpflichtet: Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unsere Kooperationspartner und einweisenden Ärzte.

Unsere Einrichtung führt zu diesem Zweck 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
- Kooperation mit dem Rettungsdienst
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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



Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Die Umsetzung unserer Projektorganisation gliedert sich in einzelne Schritte: Eine Arbeitsgruppe erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Beteiligten Lösungen, sorgt für die Umsetzung und überprüft abschließend den Erfolg des Projektes.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiter zu entwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Deshalb freuen wir uns, allen Interessierten einen Einblick von drei ausgewählten Projekten zu geben:

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 am Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Auseinandersetzung mit den AGAPLESION Kernwerten

Eine Projektgruppe aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen beschäftigt sich mit den Kernwerten Nächstenliebe, Wertschätzung, Verantwortung, Transparenz, Professionalität und Wirtschaftlichkeit. Ziel ist die Kommunikation mit den Mitarbeitern zu den Kernwerten, die Anregung zur Beschäftigung und Integration in die tägliche Arbeit. Zur Professionalität wird eine umfangreiche Befragung durchgeführt und die Ergebnisse in einem Zahnradmodell im Eingangsbereich präsentiert.

Erfolgreiche Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008

Das Streben des AGAPLESION Konzerns nach einheitlicher Qualitätsdarstellung wird mit der Umstellung der Zertifizierung von KTQ auf DIN EN ISO Rechnung getragen. Neu sind dabei die Nutzung des QM-Systems zur ständigen Verbesserung der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse sowie deren Schnittstellen. Ende des Jahres 2012 fand hierzu das erste Zertifizierungsaudit vor Ort statt, welches erfolgreich abgeschlossen wurde.