



AGAPLESION
EV. BATHILDISKRANKENHAUS
BAD PYRMONT

QUALITÄTSBERICHT 2013

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2013

Erstellt am 31.01.2015



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| Einleitung | | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 7 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... | 7 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... | 8 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 13 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 13 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 14 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 14 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 14 |
| A-12 | Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... | 16 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 16 |
| A-14 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 17 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 19 |
| B-1 | Innere Medizin/ Gastroenterologie..... | 19 |
| B-2 | Orthopädie/ Unfallchirurgie | 27 |
| B-3 | Neurologie..... | 34 |
| B-4 | Neurochirurgie..... | 43 |
| B-5 | Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie..... | 49 |
| B-6 | Urologie | 55 |
| B-7 | Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie..... | 61 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| C | Qualitätssicherung..... | 67 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V | 67 |
| C-1.1.[1] | Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:..... | 67 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V..... | 111 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 111 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 111 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V | 111 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 111 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V..... | 111 |
| D | Qualitätsmanagement..... | 112 |

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Alexandra Hary
Telefon: 05281/99-1703
Fax: 05281/99-1456
E-Mail: alexandra.hary@bathildis.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Alfred Karl Walter
Telefon: 05281/99-1046
Fax: 05281/99-1015
E-Mail: alfredkarl.walter@bathildis.de

Weiterführende Links

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

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

Frankfurt am Main, im Januar 2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei kaum einer Dienstleistung spielen Qualitätsfragen eine so herausragende Rolle wie im Krankenhaus. Das liegt daran, dass die Qualität unserer Arbeit so unmittelbaren Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten und Bewohnern hat. Die traditionsreichen christlichen Einrichtungen von AGAPLESION können dabei auf eine lange Erfahrung zurückgreifen. Viele von ihnen nahmen ihre Arbeit bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf, als die Diakonie in Deutschland begann, ihre karitative Arbeit zu professionalisieren und den Staat mit in die Pflicht zu nehmen.

Die Qualität von Medizin und Pflege hat sich in den vergangenen Jahren in großen Schritten weiterentwickelt. Dabei ist die Komplexität des Themas in der Öffentlichkeit wenig bekannt und stellt Mitarbeitende wie auch Experten vor immer neue Herausforderungen. Entscheidend ist daher, wie die Vielzahl der existierenden Richtlinien und gesetzlichen Vorschriften an die Mitarbeitenden kommuniziert wird, damit einheitliche Qualitätsstandards auch gelebt werden können. Darum hat der AGAPLESION Vorstand Wissen und Bildung als strategischen Schwerpunkt für das Jahr 2015 gesetzt.

Ein offenes Wort: Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, so wie sie seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben sind, versetzen Patienten noch nicht in die Lage, selbstständig eine valide Entscheidung zu treffen, in welchem Krankenhaus sie sich in Behandlung begeben wollen. Zu sehr sind die berichteten Zahlen interpretationsbedürftig. Dennoch glauben wir, dass die Veröffentlichung ein großer Schritt in Richtung Transparenz und Objektivierung ist. Dass die Berichte nun jährlich veröffentlicht werden müssen und nicht mehr nur zweijährig, ist daher nur zu begrüßen.

Die Qualitätspolitik des christlichen Gesundheitskonzerns AGAPLESION geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. Dazu hat AGAPLESION ein nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziertes Qualitätsmanagement-System etabliert, in das jede der rund einhundert Einrichtungen eingebunden ist. Es ermöglicht eine kontinuierliche Prozessoptimierung, um eine exzellente Ergebnisqualität herzustellen und damit letztlich die Lebensqualität unserer Patienten und Bewohner zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Bad Pyrmont, im Januar 2015

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bereits 2001 ist in der AGAPLESION EV. BATHILDISKRANKENHAUS gemeinnützige GmbH ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt worden. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Dabei muss das Ergebnis für die Patienten spürbar sein und die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns!

Qualität ist das Gegenteil von Zufall, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2013. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen stehen Ihnen die Qualitätsmanagementbeauftragten der Klinik, Frau Alexandra Hary, unter der Telefonnummer (05281) 99 - 17 03 oder per E-Mail (alexandra.hary@bathildis.de) zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie unter www.bathildis.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Alfred Karl Walter, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Alfred Karl Walter
Geschäftsführer
AGAPLESION EV. BATHILDISKRANKENHAUS gemeinnützige GmbH

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION EV. BATHILDISKRANKENHAUS gemeinnützige GmbH

Hausanschrift: Maulbeerallee 4
31812 Bad Pyrmont

Institutionskennzeichen: 260321703

Standortnummer: 00

Telefon: 05281/99-0
Fax: 05281/99-1148

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

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Joachim Hertel
Telefon: 05281/99-1538
Fax: 05281/99-1784
E-Mail: joachim.hertel@bathildis.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektion
Titel, Vorname, Name: Susanne Rumberger
Telefon: 05281/99-1301
Fax: 05281/99-1305
E-Mail: susanne.rumberger@bathildis.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name: Justus Thiede
Telefon: 05281/99-1012
Fax: 05281/99-1456
E-Mail: justus.thiede@bathildis.de

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Individuelle Angehörigenbetreuung und Beratung durch den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, den Sozialdienst, die Pflegeüberleitung und die Seelsorge. |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Durch Pflegepersonal mit Zusatzweiterbildung möglich. |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie. |
| MP06 | Basale Stimulation | Durch geschultes Pflegepersonal. |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Durch den Sozialdienst. |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Mitarbeiter des Hauses stellen einen ehrenamtlichen Dienst für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Es besteht ein enger Kontakt zum Hospizverein. Es existieren zwei Abschiedsräume und einen jederzeit verfügbarer Seelsorgekoffer. Mitarbeiter mit Palliative Care Ausbildung vorhanden. |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie und geschultes Pflegepersonal. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Durch die hauseigene Diabetesberaterin und Diätassistentinnen des Kooperationspartners cv-logistics. |
| MP15 | Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Durch die Pflegeüberleitung. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | Durch Mitarbeiter/innen der Ergotherapie. |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | Anwendung des Primary Nursing Konzeptes. |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining | Durch Mitarbeiter/innen der Ergotherapie. |
| MP21 | Kinästhetik | Durch geschultes Pflegepersonal. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Durch geschultes Pflegepersonal. |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie. |
| MP25 | Massage | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie. |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Kann extern angefordert werden. |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | In der hauseigenen Schmerzambulanz. |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | Durch die Physiotherapie und die Schmerzambulanz. |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie (kein Schwimmbad). |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------------|--|--|
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie. |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | In hauseigenem Schmerzambulanzzentrum. |
| MP63 | Sozialdienst | Durch hauseigenen Sozialdienst. |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Regelmäßige Vorträge und Informationsveranstaltungen der einzelnen Fachabteilungen sowohl intern als auch extern. |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | Beispielsweise durch die Beratung zu den Themen Sturzprophylaxe und Diabetes. |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | Durch Mitarbeiterin des Hauses (Diabetesberaterin). |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | Beispielsweise Bewegungsinduktionstherapie, Spiegeltherapie, Schlucktherapie und Morbus Parkinson Komplexbehandlung. |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Beispielsweise durch Pflegevisite, Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen. |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Logopäden kommen in das Haus. |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Durch geschultes Pflegepersonal. |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Mitarbeiter verschiedener Sanitätshäuser kommen auf Anfrage kurzfristig in das Haus. |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | Durch Mitarbeiter/innen der Physiotherapie. |
| MP51 | Wundmanagement | Durch geschultes Pflegepersonal und Mitarbeiter/innen der Fachabteilung für Gefäßchirurgie. |
| MP68 | Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege | Enge Zusammenarbeit mit den stationären Pflegeeinrichtungen (Runder Tisch), zum Konzern gehöriger ambulanter Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtung. Regelmäßige Vortragsrunden. |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Zwei Selbsthilfebeauftragte, die bei Bedarf Kontakt zu entsprechenden Stellen herstellen (z. B. Anonyme Alkoholiker, Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe). |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|--|--|------|---|
| NM67 | Andachtsraum | | | Kapelle, interreligiöser Gebetsraum und Abschiedsraum. |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Bei rechtzeitiger Ankündigungen können allen Ernährungsgewohnheiten bedient werden. | | Berücksichtigung besonderer Essgewohnheiten möglich (z.B. vegetarische Küche). |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | | Wird als Wahlleistung angeboten. 30 Betten (ohne Intensivstation). Jedes Zimmer ist mit einer Nasszelle ausgestattet. |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | | Wird als Wahlleistung angeboten. 30 Betten (ohne Intensivstation). Jedes Zimmer ist mit einer Nasszelle ausgestattet. |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen | | | Auf Wunsch wird diese Leistung durch die Grünen Damen erbracht. |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer | Kosten pro Tag: 0€ | | Kostenfreies Angebot. |
| NM48 | Geldautomat | | | Am Empfang besteht die Möglichkeit sich bis zu 50,00 Euro über eine Abbuchung von der EC-Karte auszahlen zu lassen. |
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum | | | Es existieren mehrere Sitzecken auf den jeweiligen Stationsgängen. |
| NM65 | Hotelleistungen | | | Hotelleistungen sind als Wahlleistung möglich (z.B. Wahlmenü, Komfortbett, Leihbademantel, Kulturbeutel u.v.m.). |
| NM15 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer | Kosten pro Tag: 2,00€ | | In fünf Zimmern möglich. |

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|---|---|------|---|
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen | Kosten pro Stunde maximal: 1,00€ Kosten pro Tag maximal: 4,50€ | | Die Parkautomaten bieten die Möglichkeit eine Taktung von 0,50 Euro pro 30 Minuten oder eine Tageskarte für 4,50 Euro. |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer | | | Bei Bedarf möglich. Kinderbetten sind vorhanden. |
| NM07 | Rooming-in | | | Diese Leistung ist in der Regel kostenpflichtig und wird mit 57,67€ pro Tag bepreist. |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett | Kosten pro Tag: 0€ | | Kostenfreies Angebot. |
| NM42 | Seelsorge | | | Pastorin Annett Speel und Pastor Bernhard Jess (evangelisch) sowie Schwester Irmgild (katholisch). |
| NM18 | Telefon am Bett | Kosten pro Tag: 1,50€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,00€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€ | | Grundgebühr von 1,50 pro Tag. Die Telefongebühren werden zusätzlich pro Einheit mit 0,15 Euro berechnet. Die Bezahlung erfolgt über eine Chipkarte, die an der Pforte aufgeladen werden kann. |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | | Diese Leistung ist in der Regel kostenpflichtig und wird mit 57,67€ pro Tag bepreist. |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | | Zwei Selbsthilfebeauftragte, die bei Bedarf Kontakt zu entsprechenden Stellen herstellen (z. B. Anonyme Alkoholiker, Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe). |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | | Wird als Wahlleistung angeboten. 60 Betten (ohne Intensivstation). Jedes Zimmer ist mit einer Nasszelle ausgestattet. |

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|--|---------------|------|---|
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | | Wird als Wahlleistung angeboten. 60 Betten (ohne Intensivstation). Jedes Zimmer ist mit einer Nasszelle ausgestattet. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|--|
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Es stehen Mitarbeiter für folgende Sprachen zur Verfügung: Arabisch, Englisch, Gebärdensprache, Griechisch, Holländisch, Indonesisch, Italienisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch, Türkisch, Ukrainisch Weitere Aspekte der Barrierefreiheit sind auf Fachabteilungsebene (BX3) zu finden. |
| BF12 | Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin | Zwei Mitarbeiter des Hauses sind der Gebärdensprache mächtig. Weitere Aspekte der Barrierefreiheit sind auf Fachabteilungsebene (BX3) zu finden. |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|---|
| FL09 | Doktorandenbetreuung | In Zusammenarbeit mit der Georg-August-Universität Göttingen. Mentoringprogramm Gesundheitsökonomie mit der Universität Bayreuth. |
| FL02 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen | Diploma Hochschule Kassel. Lehrbeauftragt für den Studiengang Handtherapie, Bachelor und Master. |
| FL01 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Universität Göttingen, Ludwig-Maximilians-Universität München und RWTH Aachen. |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | Universitätsmedizin Göttingen (Mikrobiologie, Neuropathologie) |
| FL03 | Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Famulatur möglich. |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|--|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin | Die Christophorus Gesundheits- und Krankenpflegeschule ist eine staatlich anerkannte Schule und wird in der Trägerschaft des AGAPLESION EV. BATHILDISKRANKENHAUSES geführt. Sie verfügt über 80 Ausbildungsplätze in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Ausbildungsbeginn ist 1. August. |
| HB07 | Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) | Die Ausbildung zum/zur OTA bieten wir in Kooperation mit dem Bildungszentrum Lippe an. |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 263

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 11212
Teilstationäre Fallzahl: 0
Ambulante Fallzahl: 10555

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Kommentar |
|---|-----------------|-----------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 80,6 Vollkräfte | |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 32,2 Vollkräfte | |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 1 Personen | Facharzt für Urologie |

A-11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Ausbildungsdauer |
|--|------------------|---------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 163,4 Vollkräfte | 3 Jahre |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 4,7 Vollkräfte | 3 Jahre |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 0,5 Vollkräfte | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 7,8 Vollkräfte | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 4,0 Vollkräfte | ab 200 Stunden Basis-kurs |
| Entbindungspfleger und Hebammen | 1 Personen | 3 Jahre |

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl (Vollkräfte) | Kommentar |
|------|--|---------------------|---|
| SP04 | Diätassistent und Diätassistentin | 3,5 | Können bei Bedarf extern angefordert werden. |
| SP05 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin | 1,5 | Ergotherapie im Haus. |
| SP14 | Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin | 0 | Logopäden kommen bei Bedarf in das Haus. |
| SP15 | Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin | 0,8 | Anwendungen in diesem Bereich durch die Mitarbeiter/innen der Physiotherapie (kein Schwimmbad). |
| SP02 | Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte | 10,7 | In verschiedenen Bereichen eingesetzt. Sowie zusätzliche 5,77 in MVZ. |
| SP55 | Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) | 5,3 | In verschiedenen Bereichen eingesetzt. |
| SP56 | Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) | 6,4 | In verschiedenen Bereichen eingesetzt. Sowie zusätzlich 3 im MVZ. |
| SP18 | Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädienschuhmacher und Orthopädienschuhmacherin | 2,0 | Werden bei Bedarf extern angefordert. |
| SP20 | Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin | 4,4 | In der durch das Krankenhaus geführten Gesundheits- und Krankenpflegeschule. |
| SP35 | Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin | 0,8 | Eigene Diabetesberaterin im Haus. |
| SP28 | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement | 3,0 | Geschultes Pflegepersonal. |
| SP27 | Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie | 2,0 | Geschultes Pflegepersonal. |
| SP32 | Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta | 15,0 | Geschultes Pflegepersonal für Bobath. |
| SP21 | Physiotherapeut und Physiotherapeutin | 8,5 | Physiotherapie im Haus. |
| SP26 | Sozialpädagoge und Sozialpädagogin | 2,0 | Zwei Diplom-Sozialpädagogen im Haus. |

A-11.4 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|--|-------------------|--------------------------------------|
| Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen | 1 | Externe Dienstleistung |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 1 | |
| Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 | Externe Dienstleistung |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 23 | Verteilt in den einzelnen Bereichen. |

Hygienekommission eingerichtet: Ja
Vorsitzende/r: Dr. med. Joachim Hertel

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Schwerpunkt:
Titel, Vorname, Name: Alexandra Hary
Telefon: 05281/99-1703
Fax: 05281/99-1456
E-Mail: alexandra.hary@bathildis.de
Straße, Nr.: Maulbeerallee 4
PLZ, Ort: 31812 Bad Pyrmont

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|--|---|---------------|---------------|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja | |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Ja | |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen werden | - | 24h verfügbar |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | - | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja | |

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | Kommentar / Erläuterungen |
|---|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja Das Lob- und Beschwerdemanagement orientiert sich an der Regel, dass jede Beschwerde ernst genommen und der entsprechende Sachverhalt intern aufgearbeitet wird. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement in der Einrichtung vor. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren freundlichen Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterinnen des Qualitätsmanagements nehmen gerne Meinungen entgegen. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja Für unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Bögen „Ihre Meinung liegt uns am Herzen“ ausgelegt. Sofern von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeiter helfen, den Bogen auszufüllen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners für Beschwerden sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | Ja Die Rückmeldung an den Beschwerdeführer erfolgt innerhalb einer festgelegten Frist, sofern Kontaktdaten vorliegen. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Alexandra Hary
Telefon: 05281/99-1703
Fax: 05281/99-1456
E-Mail: alexandra.hary@bathildis.de
Straße, Nr.: Maulbeerallee 4
PLZ, Ort: 31812 Bad Pyrmont

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht:

Kommentar: Lob, Anregungen oder Beschwerden der Patienten, Angehörigen oder Besucher nehmen sich unsere Mitarbeiterin des Qualitätsmanagements an. Sie steuern den gesamten Beschwerdeprozess von Aufnahme über Bearbeitung bis hin zur statistischen Auswertung und Rückmeldung an den Beschwerdeführer.
(Weiterführende Informationen zum Meinungsmanagement finden sich im Teil D Qualitätsmanagement)

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Für alle Anliegen, Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Beschwerden steht unseren Patienten und Ihren Angehörigen unsere Mitarbeiterin des Qualitätsmanagements als unabhängige Ansprechpartnerin zur Seite.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Alexandra Hary
Telefon: 05281/99-1703
Fax: 05281/99-1456
E-Mail: alexandra.hary@bathildis.de

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Kommentar: Wir haben für die Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Bögen „Ihre Meinung liegt uns am Herzen“ ausgelegt. Anonyme Beschwerden können in hierfür vorgesehene Briefkästen auf den Stationen eingeworfen oder per Post an unsere Mitarbeiterin des Qualitätsmanagements gesendet werden.
Telefon: 05281/99-1703
E-Mail: alexandra.hary@bathildis.de
Link zum Kontakt:

Patientenbefragungen

Durchgeführt: Ja

Link:

Kommentar: Bei der Verbesserung unserer Prozesse orientieren wir uns an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patienten. Deshalb führt unsere Einrichtung regelhaft Patientenbefragungen zu unterschiedlichen Themenbereichen durch.

Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Ja

Link:

Kommentar: Um die Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus zu messen, finden Befragungen statt. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit unserem Krankenhaus ist ein guter Indikator für die Qualität unserer Leistungen.

B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

B-1 **Innere Medizin/ Gastroenterologie**

B-1.1 **Allgemeine Angaben - Innere Medizin/ Gastroenterologie**

| | |
|---------------------------------|---|
| Fachabteilung: | Innere Medizin/ Gastroenterologie |
| Fachabteilungsschlüssel: | 0100 0700 |
| Art: | Hauptabteilung |
| Chefärzte/Chefärztinnen: | Prof. Dr. med. Peter Gaudron Dr. med. Roland Heiduk |
| Ansprechpartner: | Bettina Engelke-Vogelsang; Astrid Lönneker |
| Hausanschrift: | Maulbeerallee 4 31812 Bad Pyrmont |
| Telefon: | 05281/99-1610 |
| Fax: | 05281/99-1612 |
| E-Mail: | info@bathildis.de |
| URL: | http://www.bathildis.de |

Öffentliche Zugänge

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

| | |
|------------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG: | Ja |
| Kommentar: | |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin/ Gastroenterologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin/ Gastroenterologie | Kommentar |
|------|--|---|
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI21 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation | Im Rahmen anderer Erkrankungen. |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | Beispielsweise Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn. |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | Beispielsweise pulmonale Hypertonie. |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VD02 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen | |
| VH17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | Beispielsweise Arterielle Verschlusskrankheit und Vasculitiden. |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | Beispielsweise Thrombosen und Thromboembolien. |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin/ Gastroenterologie | Kommentar |
|------|--|--|
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen | |
| VH18 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich | |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) | |
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen | Beispielsweise Diabetes und Schilddrüsenerkrankungen. |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | In Zusammenarbeit mit der neurologischen Fachabteilung des Hauses. |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | Hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den Onkologen. |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | Nichtinvasive kardiale Ischämiediagnostik. |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | Beispielsweise Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs. |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | In Zusammenarbeit mit der neurologischen Fachabteilung des Hauses. |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | Beispielsweise hypertensive Herzkrankheit und Vitien. |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | In Zusammenarbeit mit der neurologischen Fachabteilung des Hauses. |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VI34 | Elektrophysiologie | |
| VI35 | Endoskopie | Gesamtes Spektrum inklusive Kapselendoskopie. |
| VR06 | Endosonographie | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge | Wöchentliche Tumorkonferenz. |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | AGAPLESION MED. VERSORUNGszENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin/ Gastroenterologie | Kommentar |
|------|--|---|
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGSGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGSGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGSGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | In Zusammenarbeit mit der Schmerzambulanz des Hauses. |
| VC05 | Schrittmachereingriffe | In Zusammenarbeit mit der chirurgi- schen Fachabteilung des Hauses. |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere Medizin/ Gastroenterologie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere Medizin/ Gastroenterologie | Kommentar |
|------------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-1.5 Fallzahlen - Innere Medizin/ Gastroenterologie

Vollstationäre Fallzahl: 3637
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | I50 | 482 | Herzinsuffizienz |
| 2 | I10 | 480 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| 3 | J44 | 352 | Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung |
| 4 | I48 | 322 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| 5 | J18 | 228 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| 6 | K29 | 220 | Gastritis und Duodenitis |
| 7 | F10 | 212 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| 8 | I21 | 188 | Akuter Myokardinfarkt |
| 9 | A09 | 170 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| 10 | A41 | 166 | Sonstige Sepsis |

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 1-632 | 2058 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 2 | 8-930 | 2014 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3 | 1-440 | 1438 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 4 | 1-710 | 810 | Ganzkörperplethysmographie |
| 5 | 1-650 | 802 | Diagnostische Koloskopie |
| 6 | 5-513 | 596 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 7 | 1-207 | 572 | Elektroenzephalographie (EEG) |
| 8 | 8-800 | 544 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 9 | 3-200 | 542 | Native Computertomographie des Schädels |
| 10 | 1-444 | 426 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Belegarztpraxis am Krankenhaus | |
|---|--|
| Ambulanzart | Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15) |
| Kommentar | Praxis für Urologie |
| Notfallambulanz (24h) | |
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
| Privatambulanz | |
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | - Prof. Dr. med. Peter Gaudron: Ambulanz Kardiologie und Angiologie - Jürgen Langner: Gastroenterologisch / proktologische Ambulanz |
| Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|--------------------------------|
| 1 | 1-650 | 80 | |
| 2 | 5-452 | 46 | |
| 3 | 1-444 | 26 | |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|-----------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 13,3 Vollkräfte | 273,45865 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 2,9 Vollkräfte | 1254,13790 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | 0,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ26 | Innere Medizin und SP Gastroenterologie |
| AQ28 | Innere Medizin und SP Kardiologie |
| AQ30 | Innere Medizin und SP Pneumologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer |
|--|-----------------|--------------------|--------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 19,0 Vollkräfte | 191,42105 | 3 Jahre |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 1,5 Vollkräfte | 2424,66670 | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 1,8 Vollkräfte | 2020,55570 | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,4 Vollkräfte | 9092,50000 | ab 200 Stunden Basiskurs |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP03 | Diabetes | |
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP15 | Stomamanagement | |

B-2 Orthopädie/ Unfallchirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben - Orthopädie/ Unfallchirurgie

| | |
|---------------------------------|---|
| Fachabteilung: | Orthopädie/ Unfallchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel: | 2300 1500 1516 1600 |
| Art: | Hauptabteilung |
| Chefärzte/Chefärztinnen: | Prof. Dr. Dr. med. Wolf Drescher Frank Blömker |
| Ansprechpartner: | Elke Indenbirken; Bianca Schulte-Sänger |
| Hausanschrift: | Maulbeerallee 4 31812 Bad Pyrmont |
| Telefon: | 05281/99-1631 |
| Fax: | 05281/99-1639 |
| E-Mail: | info@bathildis.de |
| URL: | http://www.bathildis.de |

Öffentliche Zugänge

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|------------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG: | Ja |
| Kommentar: | |

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Orthopädie/ Unfallchirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Orthopädie/ Unfallchirurgie | Kommentar |
|------|---|--|
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGSZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig (24 Stunden verfügbar). |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGSZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig (24 Stunden verfügbar). |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Orthopädie/ Unfallchirurgie | Kommentar |
|------|--|---|
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes | |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge | |
| VO12 | Kinderorthopädie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig (24 Stun- den verfügbar). |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig (24 Stun- den verfügbar). |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig (24 Stun- den verfügbar). |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VO13 | Spezialsprechstunde | orthopaedie@bathildis.de unfallchirurgie@bathildis.de |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VO21 | Traumatologie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Orthopädie/ Unfallchirurgie | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VO00 | Tumore der Wirbelsäule | |

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Orthopädie/ Unfallchirurgie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Orthopädie/ Unfallchirurgie | Kommentar |
|------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-2.5 Fallzahlen - Orthopädie/ Unfallchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 2665
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | M54 | 319 | Rückenschmerzen |
| 2 | M16 | 244 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| 3 | S00 | 188 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes |
| 4 | M17 | 172 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| 5 | M42 | 120 | Osteochondrose der Wirbelsäule |
| 6 | M51 | 111 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| 7 | T84 | 103 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| 8 | S72 | 101 | Fraktur des Femurs |
| 9 | S42 | 94 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| 10 | S52 | 91 | Fraktur des Unterarmes |

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 8-020 | 651 | Therapeutische Injektion |
| 2 | 8-917 | 459 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie |
| 3 | 5-800 | 269 | Offen chirurgische Revision eines Gelenkes |
| 4 | 5-820 | 230 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5 | 5-811 | 197 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 6 | 5-812 | 184 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 7 | 5-839 | 161 | Andere Operationen an der Wirbelsäule |
| 8 | 8-800 | 157 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 9 | 8-930 | 155 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 10 | 5-810 | 153 | Arthroskopische Gelenkrevision |

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanzart

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V (AM12)

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Ambulanzart

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)

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

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)

Notfallambulanz (24h)

Ambulanzart

Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatambulanz

Ambulanzart

Privatambulanz (AM07)

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanzart

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|--|
| 1 | 5-812 | 130 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 2 | 5-811 | 107 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 3 | 5-787 | 85 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 4 | 5-810 | 56 | Arthroskopische Gelenkrevision |
| 5 | 5-814 | 33 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 6 | 5-790 | 13 | |
| 7 | 8-201 | 9 | |
| 8 | 5-795 | 7 | |
| 9 | 5-056 | 6 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 10 | 5-841 | 6 | Operationen an Bändern der Hand |

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Ja

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|-----------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 17,8 Vollkräfte | 149,71910 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 7,0 Vollkräfte | 380,71429 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | 0,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar |
|------|---|--|
| AQ61 | Orthopädie | |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | Weiterbildungsermächtigung über 48 Monate und 24 Monate Basis. |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|------------------------------------|
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie |

B-2.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer |
|--|-----------------|--------------------|--------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 15,2 Vollkräfte | 175,32895 | 3 Jahre |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 0,7 Vollkräfte | 3807,14280 | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 2,0 Vollkräfte | 1332,50000 | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,8 Vollkräfte | 3331,25000 | ab 200 Stunden Basiskurs |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |

B-3 **Neurologie**

B-3.1 **Allgemeine Angaben - Neurologie**

Fachabteilung: Neurologie

Fachabteilungsschlüssel: 2800

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/Chefärztin: PD Dr. med. Martin Liebetrau

Ansprechpartner: Beate Seemann

Hausanschrift: Maulbeerallee 4
 31812 Bad Pyrmont

Telefon: 05281/99-1671
Fax: 05281/99-1675

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

Öffentliche Zugänge

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

Zielvereinbarung gemäß DKG: Ja

Kommentar:

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote - Neurologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Neurologie | Kommentar |
|------|---|---|
| VR15 | Arteriographie | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VN09 | Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation | |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensys- tems | |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentral- nervensystems | Beispielsweise bei Multiple Sklero- se, Neuromyelitis optica und akute disseminierte Enzephalomyelitis. |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute | |
| VA09 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn | |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewe- gungsstörungen | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | Beispielsweise bei Guillain-Barré Syndrom, Multifokale motorische Neuropathie und Schulteramyotro- phie. |
| VH03 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres | Beispielsweise bei BPLS, Neuritis vestibularis und Hörsturz. |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulä- ren Synapse und des Muskels | |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns | |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Neurologie | Kommentar |
|------|---|---|
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen | |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | Stroke Unit mit vier Überwachungsbetten für eine adäquate Behandlung. |
| VR41 | Interventionelle Radiologie | AGAPLESION MED. VERSOR-GUNGSZENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR-GUNGSZENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR-GUNGSZENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig (24 Stunden verfügbar). |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | AGAPLESION MED. VERSOR-GUNGSZENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin | |
| VR43 | Neuroradiologie | AGAPLESION MED. VERSOR-GUNGSZENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR16 | Phlebographie | AGAPLESION MED. VERSOR-GUNGSZENTRUM BAD PYRMONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VN23 | Schmerztherapie | |
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie | Beispielsweise bei BPLS, Neuritis vestibularis oder anderen zentralen Ursachen. |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Neurologie | Kommentar |
|------|---|---|
| VN20 | Spezialsprechstunde | Spezialsprechstunden werden zu den Themen Dystonie, Multiple Sklerose, Borrelien und Hirntumor angeboten. Siehe auch B-[4].7 ambulante Behandlungsmöglichkeiten. neurologie@bathildis.de |
| VN24 | Stroke Unit | Mit vier Überwachungsbetten. |

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Neurologie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Neurologie | Kommentar |
|------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-3.5 Fallzahlen - Neurologie

Vollstationäre Fallzahl: 1841
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | I63 | 304 | Hirinfarkt |
| 2 | G45 | 173 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome |
| 3 | G40 | 149 | Epilepsie |
| 4 | M54 | 83 | Rückenschmerzen |
| 5 | M53 | 78 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert |
| 6 | H81 | 57 | Störungen der Vestibularfunktion |
| 7 | G20 | 56 | Primäres Parkinson-Syndrom |
| 8 | M51 | 50 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| 9 | G35 | 39 | Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] |
| 10 | F10 | 35 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 1-207 | 1336 | Elektroenzephalographie (EEG) |
| 2 | 8-930 | 646 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3 | 3-200 | 634 | Native Computertomographie des Schädels |
| 4 | 1-208 | 581 | Registrierung evozierter Potentiale |
| 5 | 3-800 | 432 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 6 | 1-204 | 409 | Untersuchung des Liquorsystems |
| 7 | 8-561 | 352 | Funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 8 | 8-981 | 302 | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |
| 9 | 3-802 | 208 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 10 | 3-052 | 133 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

| | |
|---------------------|---|
| 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) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01) |
| Angebotene Leistung | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (VN18) |
| Angebotene Leistung | Schmerztherapie (VN23) |
| Angebotene Leistung | Spezialsprechstunde (VN20) |
| Angebotene Leistung | Stroke Unit (VN24) |

Notfallambulanz (24h)

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatambulanz

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Kommentar Privatärztliche Sprechstunde für neurologische Fragestellungen.

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Nein

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|----------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 9,5 Vollkräfte | 193,78947 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 4,5 Vollkräfte | 409,11111 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | 0,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen) | Kommentar |
|------|--|--------------------------------------|
| AQ42 | Neurologie | 48 Monate Weiterbildungsermächtigung |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|------------------------------|-----------------|
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF25 | Medikamentöse Tumorthherapie | Neuro-Onkologie |
| ZF28 | Notfallmedizin | |

B-3.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer |
|--|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 10,8 Vollkräfte | 170,46297 | 3 Jahre |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 0,2 Vollkräfte | 9205,00000 | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0,8 Vollkräfte | 2301,25000 | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,5 Vollkräfte | 3682,00000 | ab 200 Stunden Basiskurs |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |

B-4 **Neurochirurgie**

B-4.1 **Allgemeine Angaben - Neurochirurgie**

Fachabteilung: Neurochirurgie

Fachabteilungsschlüssel: 1700

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/Chefärztin: Prof. Dr. med. Raphaela Verheggen

Ansprechpartner: Ilka Reuter

Hausanschrift: Maulbeerallee 4
31812 Bad Pyrmont

Telefon: 05281/99-1651

Fax: 05281/99-1659

E-Mail: info@bathildis.de

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

Öffentliche Zugänge

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

Zielvereinbarung gemäß DKG: Ja

Kommentar:

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote - Neurochirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Neurochirurgie | Kommentar |
|------|--|--|
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen | Beispielsweise bei Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen und chronischen Wirbelsäulenschmerzen. |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC44 | Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen | Beispielsweise bei Aneurysma, Angiome und Kavernome. |
| VC43 | Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis) | |
| VC46 | Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark | |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | Beispielsweise bei Vertebroplastie und dorale Spondylodesen. |
| VC48 | Chirurgie der intraspinalen Tumoren | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC53 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen | |
| VC54 | Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie | |
| VA01 | Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhängsgebilde | Diese Leistung wird teilweise auch durch die Fachabteilung Neurochirurgie erbracht. |
| VC52 | Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie") | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | Spezialsprechstunde zu den Themen: Neuroonkologie, Schädelbasistumoren, Erkrankungen peripherer Nerven, spinale Tumoren, chronische Schmerzen, Hydrozephalus, Erkrankungen der Wirbelsäule, Halswirbelsäule und Medikamentenpumpen. neurochirurgie@bathildis.de |
| VC65 | Wirbelsäulen Chirurgie | |

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Neurochirurgie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Neurochirurgie | Kommentar |
|------------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-4.5 Fallzahlen - Neurochirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1165
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | M51 | 272 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| 2 | M54 | 144 | Rückenschmerzen |
| 3 | M48 | 125 | Sonstige Spondylopathien |
| 4 | S06 | 70 | Intrakranielle Verletzung |
| 5 | M50 | 60 | Zervikale Bandscheibenschäden |
| 6 | I61 | 39 | Intrazerebrale Blutung |
| 7 | I62 | 36 | Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung |
| 8 | M47 | 35 | Spondylose |
| 9 | G91 | 34 | Hydrozephalus |
| 10 | C71 | 32 | Bösartige Neubildung des Gehirns |

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 5-984 | 523 | Mikrochirurgische Technik |
| 2 | 5-831 | 520 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe |
| 3 | 5-032 | 465 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis |
| 4 | 8-930 | 463 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 5 | 8-561 | 428 | Funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 6 | 5-832 | 378 | Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule |
| 7 | 5-010 | 325 | Schädeleröffnung über die Kalotte |
| 8 | 8-831 | 302 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 9 | 5-83a | 208 | Minimal-invasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) |
| 10 | 5-033 | 198 | Inzision des Spinalkanals |

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

| | |
|---------------------|--|
| Ambulanzart | Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (AM06) |
| Angebotene Leistung | CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen (LK01) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (LK15) |

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV

| | |
|-------------|---|
| 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) |
|-------------|---|

Notfallambulanz (24h)

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatambulanz

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|--|
| 1 | 5-056 | 17 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 2 | 1-502 | < 4 | |
| 3 | 1-513 | < 4 | |
| 4 | 5-840 | < 4 | |
| 5 | 5-850 | < 4 | |

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|-----------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 12,0 Vollkräfte | 97,08334 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 3,0 Vollkräfte | 388,33334 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | 0,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ41 | Neurochirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|---------------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie |

B-4.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer |
|--|----------------|--------------------|-----------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 7,5 Vollkräfte | 155,33333 | 3 Jahre |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 0,2 Vollkräfte | 5825,00000 | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0,8 Vollkräfte | 1456,25000 | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,5 Vollkräfte | 2330,00000 | ab 200 Stunden Basiskurs |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |

B-5 **Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie**

B-5.1 **Allgemeine Angaben - Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie**

Fachabteilung: Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie

Fachabteilungsschlüssel: 1500
 1518
 1800

Art: Hauptabteilung

Chefärzte/Chefärztinnen: Dr. med. Hans-Christoph Nittinger
 Dr. med. Ulrich Augenstein

Ansprechpartner: Martina Schake; Sabrina Schröter

Hausanschrift: Maulbeerallee 4
 31812 Bad Pyrmont

Telefon: 05281/99-1601

Fax: 05281/99-1613

E-Mail: info@bathildis.de

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

Öffentliche Zugänge

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

Zielvereinbarung gemäß DKG: Ja

Kommentar:

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie | Kommentar |
|------|--|--|
| VC60 | Adipositaschirurgie | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC16 | Aortenaneurysmachirurgie | Endovaskulär und offen infrarenal. |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | Beispielsweise Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen und Ulcus cruris (offenes Bein). |
| VC61 | Dialyseshuntchirurgie | Ciminoshunt, Protheseshunt, Demerskatheter |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | Prostavasintherapie, CT-gesteuerte Sympatrikolyse. |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | |
| VC68 | Mammachirurgie | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen | Carotischirurgie, Carotisstent, femoro-popl./crurale Bypässe, Dialyseshunts. |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC62 | Portimplantation | Diese Leistung wird sowohl ambulant als auch stationär erbracht. |
| VC05 | Schrittmachereingriffe | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | |
| VH23 | Spezialsprechstunde | Gefäßsprechstunde drei Mal pro Woche. chirurgie@bathildis.de gefaesschirurgie@bathildis.de |
| VC25 | Transplantationschirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | chronische Ulcera, diabetischer Fuß, Erysipel |

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie | Kommentar |
|------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-5.5 Fallzahlen - Allgemeine Chirurgie/ Gefäßchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1434
 Teilstationäre Fallzahl: 0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | I70 | 185 | Atherosklerose |
| 2 | I83 | 96 | Varizen der unteren Extremitäten |
| 3 | K80 | 83 | Cholelithiasis |
| 4 | K56 | 76 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| 5 | K40 | 71 | Hernia inguinalis |
| 6 | L02 | 51 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| 7 | T82 | 51 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| 8 | E11 | 42 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] |
| 9 | K35 | 37 | Akute Appendizitis |
| 10 | K57 | 37 | Divertikulose des Darmes |

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 8-930 | 182 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 2 | 5-896 | 164 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 3 | 5-916 | 141 | Temporäre Weichteildeckung |
| 4 | 5-385 | 133 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 5 | 5-381 | 127 | Enderteriektomie |
| 6 | 8-836 | 121 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention |
| 7 | 5-930 | 118 | Art des Transplantates |
| 8 | 8-831 | 118 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 9 | 8-190 | 116 | Spezielle Verbandstechniken |
| 10 | 5-380 | 113 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen |

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

| | |
|---------------------|---|
| 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) |
| Angebotene Leistung | Portimplantation (VC62) |

Notfallambulanz (24h)

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 5-399 | 88 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 2 | 5-385 | 48 | |
| 3 | 5-530 | 16 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 4 | 5-534 | 8 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 5 | 5-859 | 6 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 6 | 1-697 | < 4 | Diagnostische Arthroskopie |
| 7 | 5-041 | < 4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven |
| 8 | 5-056 | < 4 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 9 | 5-057 | < 4 | |
| 10 | 5-392 | < 4 | |

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|-----------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 13,2 Vollkräfte | 108,63637 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 7,0 Vollkräfte | 204,85715 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | 0,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie | |
| AQ07 | Gefäßchirurgie | Drei Fachärzte. |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-5.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer |
|--|----------------|--------------------|--------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 8,7 Vollkräfte | 164,82759 | 3 Jahre |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 1,5 Vollkräfte | 956,00000 | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 1,2 Vollkräfte | 1195,00000 | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,4 Vollkräfte | 3585,00000 | ab 200 Stunden Basiskurs |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-6 Urologie

B-6.1 Allgemeine Angaben - Urologie

Fachabteilung: Urologie

Fachabteilungsschlüssel: 2200

Art: Belegabteilung

Chefarzt/Chefärztin: Marco Wulff

Ansprechpartner: Marco Wulff

Hausanschrift: Maulbeerallee 4
31812 Bad Pyrmont

Telefon: 05281/99-1850
Fax: 05281/99-1853

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

Öffentliche Zugänge

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Ja

Kommentar:

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote - Urologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Urologie | Kommentar |
|------|---|---|
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |
| VU15 | Dialyse | In Zusammenarbeit mit den Dialy- sezentrum der Arbeiterwohlfahrt im Hause. |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR06 | Endosonographie | |
| VU08 | Kinderurologie | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase | |
| VR09 | Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren | Beispielsweise Urographie |
| VU17 | Prostatazentrum | |
| VU18 | Schmerztherapie | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Urologie | Kommentar |
|------|--|-----------------------|
| VU14 | Spezialsprechstunde | urologie@bathildis.de |
| VU13 | Tumorchirurgie | |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | |
| VG16 | Urogynäkologie | |

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Urologie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Urologie | Kommentar |
|------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-6.5 Fallzahlen - Urologie

Vollstationäre Fallzahl: 470
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | N13 | 90 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| 2 | N30 | 44 | Zystitis |
| 3 | A41 | 40 | Sonstige Sepsis |
| 4 | N40 | 37 | Prostatahyperplasie |
| 5 | R31 | 35 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie |
| 6 | C67 | 30 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| 7 | D41 | 28 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane |
| 8 | R33 | 23 | Harnverhaltung |
| 9 | N10 | 16 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| 10 | N20 | 13 | Nieren- und Ureterstein |

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|--|
| 1 | 8-132 | 226 | Manipulationen an der Harnblase |
| 2 | 8-137 | 122 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 3 | 1-661 | 119 | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 4 | 5-573 | 85 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase |
| 5 | 8-121 | 79 | Darmspülung |
| 6 | 3-13d | 62 | Urographie |
| 7 | 5-572 | 49 | Zystostomie |
| 8 | 5-601 | 44 | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe |
| 9 | 8-800 | 31 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 10 | 5-585 | 29 | Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra |

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Belegarztpraxis am Krankenhaus

Ambulanzart: Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)

Notfallambulanz (24h)

Ambulanzart: Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatambulanz

Ambulanzart: Privatambulanz (AM07)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|----------|---|
| 1 | 5-640 | 55 | Operationen am Präputium |
| 2 | 1-661 | 8 | Diagnostische Urethrozystoskopie |
| 3 | 5-636 | 7 | Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens |
| 4 | 8-137 | 7 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] |
| 5 | 5-611 | 6 | Operation einer Hydrocele testis |
| 6 | 5-581 | < 4 | |
| 7 | 5-622 | < 4 | |
| 8 | 5-624 | < 4 | Orchidopexie |
| 9 | 5-633 | < 4 | |

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|--------------|--------------------|
| 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 | 470,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-6.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer |
|--|----------------|--------------------|--------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 2,2 Vollkräfte | 213,63635 | 3 Jahre |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 0,2 Vollkräfte | 2350,00000 | 3 Jahre |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0,5 Vollkräfte | 940,00000 | 1 Jahr |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,2 Vollkräfte | 2350,00000 | ab 200 Stunden Basiskurs |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-7 Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

B-7.1 Allgemeine Angaben - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

Fachabteilung: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

Fachabteilungsschlüssel: 3790

Art: Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Chefarzt/Chefärztin: Dr. med. Joachim Hertel

Ansprechpartner: Peggy Hauptmann und Annette Steinmeyer

Hausanschrift: Maulbeerallee 4
31812 Bad Pyrmont

Telefon: 05281/99-1538

Fax: 05281/99-1784

E-Mail: info@bathildis.de

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

Öffentliche Zugänge

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Ja

Kommentar:

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie | Kommentar |
|------|---|--|
| VX00 | Anästhesiesprechstunde | |
| VX00 | Anwendung konservativer und invasiver Verfahren zur Schmerztherapie; Anwendung von Naturheilverfahren | |
| VX00 | Spezielle neurochirurgische Intensivmedizin | |
| VX00 | Stationäre Versorgung chronischer Schmerzpatienten | |
| VX00 | Vorbereitung und Durchführung aller Formen von rückenmarksnaher Regionalanästhesie mittels Kathetertechnik und als single-shot-Verfahren | |
| VX00 | Vorbereitung und Durchführung aller Formen von peripherer Regionalanästhesie und Lokalanästhesie | Ultraschallgesteuerte Regionalanästhesie |
| VX00 | Zertifizierte Schmerzkonferenz | |
| VX00 | Vorbereitung und Durchführung aller Formen von Allgemeinanästhesie | |
| VX00 | umfassendes intraoperatives Monitoring einschließlich EEG | |
| VX00 | Thrombolyse | |
| VX00 | Betrieb der interdisziplinären Notaufnahme des Hauses | |
| VX00 | Betrieb einer 16-Betten Intensivstation mit umfassender Patientenüberwachung | |
| VX00 | Besetzung des Notarzteinsetzfahrzeuges der Stadt Bad Pyrmont durch Ärzte der Abteilung | |
| VX00 | Intraoperative Labordiagnostik | |
| VX00 | Interklinische Notfallversorgung - Reanimationsteam | |
| VX00 | Konsiliarische Betreuung der anderen Fachabteilungen in Fragen der Schmerztherapie | |
| VX00 | Kombinationsanästhesie | |
| VX00 | Invasives Kreislaufmonitoring mit Pulmonalarterienkatheter und kontinuierlicher Cardiac-output-Messung mit Pulskonturanalyse (PICCO) | |
| VX00 | Intraoperative maschinelle Autotransfusion | |
| VX00 | In Zusammenarbeit mit der Fachabteilung für Neurochirurgie besteht die Möglichkeit zur Implantation von Schmerzpumpen und Spinal-Cord-Stimulation | |
| VX00 | Blutentgiftungsverfahren | |
| VX00 | Bronchoskopie | |
| VX00 | Betrieb eines Aufwachraumes mit 5 Betten zur postoperativen Überwachung und Betreuung frisch operierter Patienten | |
| VX00 | Individuelle strukturierte Patientenbefragung und Aufklärung | |
| VX00 | EEG-Diagnostik und Überwachung | |
| VX00 | Hirndruckmessung | |
| VX00 | Durchführung aller Formen invasiver und nichtinvasiver Beatmung | |
| VX00 | Durchführung von Dilatationstracheotomien | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie | Kommentar |
|------|--|---|
| VX00 | Röntgen und Ultraschalldiagnostik auf Station | AGAPLESION MED. VERSOR- GUNGZENTRUM BAD PYR- MONT mit der Praxis für Radiologie im Krankenhaus ansässig. |
| VX00 | Schwieriges Atemwegsmanagement (Intubationslarynxmaske, fiberoptische Wachintubation, Videolaryngoskopie) | |
| VX00 | Kontrollierte Hypothermie | |
| VX00 | Präoperative Eigenblutspende | |
| VX00 | Ambulante Versorgung chronischer Schmerzpatienten | |
| VX00 | Lagerungstherapie | |
| VX00 | Akutschmerzdienst für die perioperative Schmerztherapie | |
| VX00 | Allgemeinanästhesie mit Niedrigflussverfahren | |
| VX00 | Messung der Narkosetiefe | |
| VX00 | Möglichkeit zur Hospitation externer Ärzte in den Bereichen OP, Intensiv- station, Schmerzzambulanz | |
| VX00 | Anästhesien bei MRT-Untersuchungen | |
| VX00 | Point-of-Care-Labordiagnostik auf der Intensivstation | |
| VX00 | Multimodale Schmerztherapie | |
| VX00 | Notfallmedizinische Ausbildung des Krankenhauspersonals | |
| VX00 | Passagere Schrittmachertherapie | |
| VX00 | Muskelrelaxanzmonitoring mittels TOF-Guard | |
| VX00 | Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Hämodiafiltration, Plasmapherese) | |
| VX00 | Stellung des Leitenden Notarztes für den Kreis Hameln-Pyrmont durch Ärzte der Abteilung | |
| VX00 | Strukturierte bereichsübergreifende postoperative Schmerztherapie | |
| VX00 | Strukturierte und zertifizierte Fortbildung der pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter zu abteilungsspezifischen Themen | |
| VX00 | Sepsistherapie | |
| VX00 | Betrieb einer Schmerzzambulanz mit kassenärztlicher Ermächtigung | |

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

| Nr. | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie | Kommentar |
|------|--|---|
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Aufzüge mit Braille-Beschriftung. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen wenn gewünscht. |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung wenn gewünscht. |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen wenn gewünscht. |
| BF24 | Diätetische Angebote | Sind vorhanden. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) | Elektrisch verstellbare und ausziehbare Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße vorhanden. |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | Ist vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Antithrombosestrümpfe in speziellen Größen möglich. |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | Es existieren eine Schwerlastoperationssäule (bis 240 kg) und normale Operationstische (bis 180 kg). |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Bedienung auch aus einem Rollstuhl heraus möglich. |
| BF10 | Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | Sind vorhanden. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Alle Serviceeinrichtungen sind mit einem Rollstuhl erreichbar. |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Der vorhandene Röntgentisch kann bis 230 kg, der Computertomograph bis 204 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg belastet werden. |
| BF13 | Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE | |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten | Mehrere große Blutdruckmanschetten sind vorhanden. |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette | Sind vorhanden. |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerichter Toilette und Dusche o.ä. | Sind vorhanden. |

B-7.5 Fallzahlen - Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

| | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | Alle Verfahren der konservativen und invasiven Schmerztherapie, Manualtherapie. |

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen | Anzahl | Fälle je Vollkraft |
|---|-----------------|--------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 14,8 Vollkräfte | 0,00000 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 7,8 Vollkräfte | 0,00000 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | 0,00000 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar |
|------|---|---|
| AQ01 | Anästhesiologie | Weiterbildungsermächtigung für 36 Monate. |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|--------------------------------|--|
| ZF02 | Akupunktur | |
| ZF05 | Betriebsmedizin | |
| ZF13 | Homöopathie | |
| ZF15 | Intensivmedizin | Volle Weiterbildungsermächtigung von 24 Monaten. |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF27 | Naturheilverfahren | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | Volle Weiterbildungsermächtigung von 12 Monaten. |

B-7.11.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal | Anzahl | Fälle je Vollkraft | Ausbildungsdauer | Kommentar |
|--|------------------|--------------------|--------------------------|--|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 100,0 Vollkräfte | 0,00000 | 3 Jahre | Gesamtsumme über: Anästhesie, OP, Funktionsdienst, Ambulanz- und Aufnahmezentrum, Intensiv und Intermediate Care |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 0,8 Vollkräfte | 0,00000 | 3 Jahre | |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0,7 Vollkräfte | 0,00000 | 1 Jahr | |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 1,2 Vollkräfte | 0,00000 | ab 200 Stunden Basiskurs | |
| Entbindungspfleger und Hebammen | 1 Personen | 0,00000 | 3 Jahre | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|--|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten | |
| PQ08 | Operationsdienst | |
| PQ04 | Intensivpflege und Anästhesie | Hierzu zählt auch die Fachweiterbildung zur Fachkraft für Intermediate Care sowie Sedierung und Notfallmanagement. |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|--|
| ZP17 | Case Management | |
| ZP12 | Praxisanleitung | Hierzu zählen neben den Praxisanleitern auch die Mentoren. |
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

C Qualitätssicherung

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

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

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|--|----------|--------------------|---|
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 40 | 100,00 | |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 5 | 80,00 | Fehler in der Übertragung bei unterjährigem Systemwechsel, 2 fehlende Fälle sind dokumentiert |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 7 | 100,00 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) | < 4 | 0 | |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 38 | 100,00 | |
| Cholezystektomie (12/1) | 106 | 100,00 | |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 4 | 100,00 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | 77 | 100,00 | |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2) | 183 | 99,50 | |
| Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3) | 21 | 95,20 | |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5) | 120 | 100,00 | |
| Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7) | 20 | 100,00 | |
| Mammachirurgie (18/1) | < 4 | 0 | |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3) | 7 | 100,00 | |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 141 | 98,60 | |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 285 | 99,30 | |

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

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

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

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Zähler / Nenner | 108 / 139 |
| Ergebnis (Einheit) | 77,70% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 97,20 - 97,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Kommentar Krankenhaus | Dokumentationsfehler, Manchester Triage unterjährig zur Verbesserung der Qualität eingeführt |

| | |
|--|--|
| 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 | 107 / 137 |
| Ergebnis (Einheit) | 78,10% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 97,30 - 97,40% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus) |
| Kennzahlbezeichnung | Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 94,10 - 94,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Kennzahlbezeichnung | Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Zähler / Nenner | 118 / 123 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,90% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 94,50 - 94,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0) |
| Kennzahlbezeichnung | Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme |
| Zähler / Nenner | 14 / 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 87,50% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 95,70 - 96,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Kommentar Krankenhaus | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|--|---|
| 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 | 65 / 68 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,60% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 90,80 - 91,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage |
| Zähler / Nenner | 111 / 112 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,10% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 98,10 - 98,20% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2) |
| Kennzahlbezeichnung | Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko |
| Zähler / Nenner | 10 / 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 97,30 - 97,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4) |
| Kennzahlbezeichnung | Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 1,46 - 2,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| 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 | 65 / 80 |
| Ergebnis (Einheit) | 81,30% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 92,70 - 93,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Kommentar Krankenhaus | Dokumentationsfehler, Schulungen im ärztlichen Bereich wurden durchgeführt |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Kennzahlbezeichnung | Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung |
| Zähler / Nenner | 58 / 65 |
| Ergebnis (Einheit) | 89,20% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 97,60 - 97,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Kommentar Krankenhaus | Dokumentationsfehler, Schulungen im ärztlichen Bereich wurden durchgeführt |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
| Zähler / Nenner | 5 / 125 |
| Ergebnis (Einheit) | 4,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,80% |
| Vertrauensbereich | 7,80 - 8,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | 5 / 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,50 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,92 - 0,94 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0) |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,40% |
| Vertrauensbereich | 1,50 - 1,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2) |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko |
| Zähler / Nenner | 4 / 98 |
| Ergebnis (Einheit) | 4,10% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 14,40% |
| Vertrauensbereich | 8,10 - 8,40% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4) |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko |
| Zähler / Nenner | 0 / 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 40,70% |
| Vertrauensbereich | 22,60 - 24,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Qualitätsindikator (QI) | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus |
| Zähler / Nenner | 99 / 136 |
| Ergebnis (Einheit) | 72,80% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 98,00% |
| Vertrauensbereich | 93,30 - 93,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Kommentar Krankenhaus | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle, Dokumentationsfehler, Manchester Triage unterjährig eingeführt um das Ergebnis zu verbessern |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus |
| Kennzahlbezeichnung | Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase |
| Zähler / Nenner | 0 / 106 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,11 - 0,14% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus |
| Kennzahlbezeichnung | Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,87 - 1,14 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Reintervention aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase |
| Zähler / Nenner | 0 / 106 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 2,30 - 2,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,33 |
| Vertrauensbereich | 0,99 - 1,05 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie) |
| Zähler / Nenner | 0 / 58 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,10 - 1,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,00 - 0,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,90 - 0,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,16 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,52 |
| Vertrauensbereich | 0,92 - 1,01 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Qualitätsindikator (QI) | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung |
| Kennzahlbezeichnung | Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00% |
| Vertrauensbereich | 1,50 - 1,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Qualitätsindikator (QI) | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund |
| Kennzahlbezeichnung | Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00% |
| Vertrauensbereich | 13,00 - 14,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Qualitätsindikator (QI) | Organerhaltung bei Ovarieingriffen |
| Kennzahlbezeichnung | Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 77,80% |
| Vertrauensbereich | 90,70 - 91,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Qualitätsindikator (QI) | Konisation bei Ektopie oder Normalbefund |
| Kennzahlbezeichnung | Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,50% |
| Vertrauensbereich | 3,20 - 4,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
| Qualitätsindikator (QI) | Fehlende postoperative Histologie nach Konisation |
| Kennzahlbezeichnung | Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00% |
| Vertrauensbereich | 0,30 - 0,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde |
| Kennzahlbezeichnung | Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 84,20% |
| Vertrauensbereich | 95,20 - 96,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden |
| Kennzahlbezeichnung | Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation |
| Zähler / Nenner | 4 / 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 88,40% |
| Vertrauensbereich | 97,20 - 97,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 87,20% |
| Vertrauensbereich | 96,80 - 97,40% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden |
| Kennzahlbezeichnung | Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Herzkammersonden während der Operation |
| Zähler / Nenner | 4 / 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 87,90% |
| Vertrauensbereich | 96,70 - 97,20% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Kennzahlbezeichnung | Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Zähler / Nenner | 37 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 92,50% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 96,50 - 96,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Kennzahlbezeichnung | Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers |
| Zähler / Nenner | 39 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,50% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 97,40 - 97,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI) |
| Kennzahlbezeichnung | Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher |
| Zähler / Nenner | 4 / 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 75,00% |
| Vertrauensbereich | 94,70 - 95,40% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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 | 34 / 35 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,10% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Vertrauensbereich | 98,10 - 98,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Chirurgische Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Komplikationen während oder aufgrund der Operation |
| Zähler / Nenner | 0 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,00% |
| Vertrauensbereich | 0,80 - 1,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Vorhofsendendislokation |
| Kennzahlbezeichnung | Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof |
| Zähler / Nenner | 0 / 36 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00% |
| Vertrauensbereich | 0,90 - 1,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Ventrikelsendendislokation |
| Kennzahlbezeichnung | Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern |
| Zähler / Nenner | 0 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00% |
| Vertrauensbereich | 0,70 - 0,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV |
| Kennzahlbezeichnung | Messen eines ausreichenden Signalausfalls der Schrittmachersonde im Vorhof |
| Zähler / Nenner | 33 / 34 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,10% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Vertrauensbereich | 92,10 - 92,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV |
| Kennzahlbezeichnung | Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmacher-sonden in den Herzkammern |
| Zähler / Nenner | 40 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 98,70 - 98,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Alle verstorbenen Patienten |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,30 - 1,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 3,33 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,03 |
| Vertrauensbereich | 1,00 - 1,13 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde |
| Kennzahlbezeichnung | Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 98,00 - 98,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden |
| Kennzahlbezeichnung | Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 99,00 - 99,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 98,30 - 99,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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 | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 98,50 - 99,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 Signalausgangs (mindestens 1,5 mV) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Vertrauensbereich | 91,20 - 93,20% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV |
| Kennzahlbezeichnung | Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausgangs (mindestens 4 mV) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 98,50 - 99,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 | 172 / 182 |
| Ergebnis (Einheit) | 94,50% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 95,10 - 95,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Antibiotikaprophylaxe |
| Kennzahlbezeichnung | Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation |
| Zähler / Nenner | 182 / 182 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 99,70 - 99,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode |
| Kennzahlbezeichnung | Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks |
| Zähler / Nenner | 181 / 182 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,50% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 95,80 - 96,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 / 182 |
| Ergebnis (Einheit) | 2,20% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,90 - 1,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 2,15 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,16 |
| Vertrauensbereich | 0,98 - 1,08 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Endoprothesenluxation |
| Kennzahlbezeichnung | Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,30 - 0,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,51 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 9,39 |
| Vertrauensbereich | 0,82 - 0,98 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Wundinfektionen |
| Kennzahlbezeichnung | Infektion der Wunde nach Operation |
| Zähler / Nenner | 0 / 182 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,40 - 0,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,56 |
| Vertrauensbereich | 0,98 - 1,13 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperation aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,50 - 1,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,93 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 5,57$ |
| Vertrauensbereich | 0,93 - 1,01 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
| Zähler / Nenner | 0 / 182 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,18 - 0,23% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,00 - 1,24 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | 18 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 90,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 84,70\%$ |
| Vertrauensbereich | 93,30 - 93,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Antibiotikaphylaxe |
| Kennzahlbezeichnung | Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation |
| Zähler / Nenner | 20 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,00\%$ |
| Vertrauensbereich | 99,70 - 99,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens |
| Zähler / Nenner | 0 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,60 - 2,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel |
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,69 |
| Vertrauensbereich | 0,81 - 0,97 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Endoprothesenluxation |
| Kennzahlbezeichnung | Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,80 - 2,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 3,52 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,46 |
| Vertrauensbereich | 0,97 - 1,15 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperation aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen |
| Zähler / Nenner | 4 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 20,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 6,70 - 7,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,90 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,40 |
| Vertrauensbereich | 1,00 - 1,09 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
| Zähler / Nenner | 0 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 1,49 - 1,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,88 - 1,06 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | 10 / 77 |
| Ergebnis (Einheit) | 13,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00% |
| Vertrauensbereich | 12,80 - 13,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 | 40 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 99,60 - 99,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Qualitätsindikator (QI) | Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Fehlage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,00 - 1,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,49 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,92 |
| Vertrauensbereich | 0,96 - 1,08 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Qualitätsindikator (QI) | Endoprothesenluxation |
| Kennzahlbezeichnung | Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks |
| Zähler / Nenner | 0 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,60 - 0,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 6,31$ |
| Vertrauensbereich | 0,82 - 1,01 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Wundinfektion |
| Kennzahlbezeichnung | Infektion der Wunde nach Operation |
| Zähler / Nenner | 0 / 77 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,00 - 1,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,84 |
| Vertrauensbereich | 0,94 - 1,05 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperation aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 2,70 - 2,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,38 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,08 |
| Vertrauensbereich | 0,93 - 1,00 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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 / 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,59 - 0,78% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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 | 6 / 67 |
| Ergebnis (Einheit) | 9,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 5,00 - 5,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,60% |
| Vertrauensbereich | 4,60 - 5,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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 / 40 |
| Ergebnis (Einheit) | 10,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,30% |
| Vertrauensbereich | 5,70 - 6,20% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,84 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,97 - 1,02 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Kennzahlbezeichnung | Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit |
| Zähler / Nenner | 7 / 7 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 97,00 - 97,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Kennzahlbezeichnung | Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden |
| Zähler / Nenner | 13 / 14 |
| Ergebnis (Einheit) | 92,90% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 98,60 - 99,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch |
| Kennzahlbezeichnung | Schlaganfall oder Tod nach Operation |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 2,20 - 2,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen chirurgisch |
| Kennzahlbezeichnung | Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 2,16 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,23 |
| Vertrauensbereich | 0,94 - 1,10 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch |
| Kennzahlbezeichnung | Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,20 - 1,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch |
| Kennzahlbezeichnung | Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 2,90 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,01 |
| Vertrauensbereich | 0,93 - 1,15 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Kennzahlbezeichnung | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Zähler / Nenner | 4 / 5 |
| Ergebnis (Einheit) | 80,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 94,90 - 96,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | D50 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Kennzahlbezeichnung | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt |
| Zähler / Nenner | 10 / 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 96,90 - 98,40% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Karotis-Revaskularisation |
| Qualitätsindikator (QI) | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt |
| Kennzahlbezeichnung | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt |
| Zähler / Nenner | 0 / 4 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,30 - 2,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien |
| Kennzahlbezeichnung | Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien |
| Zähler / Nenner | 20 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 77,60% |
| Vertrauensbereich | 92,50 - 93,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Antibiotikaphylaxe |
| Kennzahlbezeichnung | Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation |
| Zähler / Nenner | 20 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 99,70 - 99,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperation aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Erneute Operation wegen Komplikationen |
| Zähler / Nenner | 0 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 3,30 - 3,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,19 |
| Vertrauensbereich | 0,89 - 1,04 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
| Zähler / Nenner | 0 / 20 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,33 - 0,53% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,82 - 1,30 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| 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 | 118 / 120 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,30% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,00\%$ |
| Vertrauensbereich | 96,50 - 96,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Antibiotikaphylaxe |
| Kennzahlbezeichnung | Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation |
| Zähler / Nenner | 120 / 120 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 99,70 - 99,70% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode |
| Kennzahlbezeichnung | Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks |
| Zähler / Nenner | 119 / 120 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,20% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00% |
| Vertrauensbereich | 97,40 - 97,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 | 114 / 119 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,80% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Vertrauensbereich | 91,20 - 91,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
| Zähler / Nenner | 0 / 120 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,08 - 0,12% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| 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 | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,02 - 1,45 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Wundinfektion |
| Kennzahlbezeichnung | Postoperative Wundinfektion |
| Zähler / Nenner | 0 / 120 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 0,30 - 0,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperation aufgrund von Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Reoperation aufgrund von Komplikationen |
| Zähler / Nenner | 0 / 120 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,20 - 1,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen |
| Kennzahlbezeichnung | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,20% |
| Vertrauensbereich | 0,88 - 1,07% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen |
| Kennzahlbezeichnung | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,81% |
| Vertrauensbereich | 0,96 - 1,05% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie |
| Kennzahlbezeichnung | Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,00% |
| Vertrauensbereich | 92,80 - 93,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen |
| Kennzahlbezeichnung | Entscheidung zur Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) ohne Beschwerden oder ohne messbare Durchblutungsstörungen |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,00% |
| Vertrauensbereich | 3,60 - 3,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h |
| Kennzahlbezeichnung | Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00% |
| Vertrauensbereich | 94,40 - 94,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI |
| Kennzahlbezeichnung | Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00% |
| Vertrauensbereich | 94,30 - 94,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung |
| Zähler / Nenner | 0 / 6 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 1,20 - 1,20% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,35 |
| Vertrauensbereich | 1,01 - 1,08 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | 2,70 - 2,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI |
| Kennzahlbezeichnung | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,19 |
| Vertrauensbereich | 1,02 - 1,06 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie |
| Kennzahlbezeichnung | Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung |
| Zähler / Nenner | 7 / 7 |
| Ergebnis (Einheit) | 2,40min |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00min |
| Vertrauensbereich | 3,00 - 3,00min |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI |
| Kennzahlbezeichnung | Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 12,00min |
| Vertrauensbereich | 9,20 - 9,30min |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm² |
| Kennzahlbezeichnung | Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²) |
| Zähler / Nenner | 4 / 7 |
| Ergebnis (Einheit) | 57,10% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 47,20% |
| Vertrauensbereich | 23,80 - 24,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Kommentar Krankenhaus | Koronarangiographien werden als Konsilleistungen extern erbracht |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm² |
| Kennzahlbezeichnung | Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 57,30% |
| Vertrauensbereich | 27,50 - 28,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm² |
| Kennzahlbezeichnung | Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²) |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 46,10% |
| Vertrauensbereich | 21,80 - 22,10% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmengen über 150 ml |
| Kennzahlbezeichnung | Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmengen über 150 ml |
| Zähler / Nenner | 0 / 7 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 19,70% |
| Vertrauensbereich | 7,90 - 8,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmengen über 200 ml |
| Kennzahlbezeichnung | Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmengen über 200 ml |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 50,70% |
| Vertrauensbereich | 20,70 - 21,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) |
| Qualitätsindikator (QI) | Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmengen über 250 ml |
| Kennzahlbezeichnung | Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmengen über 250 ml |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 35,70% |
| Vertrauensbereich | 15,60 - 15,80% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
| Qualitätsindikator (QI) | Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung |
| Kennzahlbezeichnung | Untersuchung des entfernten Gewebes mittels Röntgen während der Operation |
| Zähler / Nenner | < 4 |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00% |
| Vertrauensbereich | 96,50 - 96,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|------------|---|--------------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen | 42 |
| 1.1 | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 40 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 38 |

D 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.

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 Begehungen oder 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 Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich.

Beschwerdemanagement

Wir nutzen den aktiven Umgang mit Beschwerden aller Interessensgruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Jede Beschwerde wird vom Beschwerdemanagement 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 gewonnen Informationen fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Erweiterung unseres Angebots.

Kontinuierliche 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 eine kontinuierliche Befragung zur Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen mit folgenden Themenschwerpunkten durch:

- Behandlung durch die Ärzte
- Betreuung durch Pflegepersonal
- Speisenversorgung
- Organisation und Abläufe
- Unterbringung
- Therapeutisches Personal, Pflegeüberleitung, Sozialdienst, Seelsorge, Pforte, Cafeteria, Grüne Damen

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

Zertifizierungen

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

Im Rahmen von Zertifizierungen kommen regelmäßig gewisse Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand.



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.

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:

Projekt Arztbriefschreibung

Zielsetzung war es, dem Prozess der Arztbriefschreibung qualitativ, prozessökonomisch und kostenmäßig zu optimieren. Mit einheitlichen Arztbriefformularen, Textbausteinen und Benennung von Verantwortlichkeiten ist ein Gerüst für das Projekt geschaffen worden. Durch fest definierte automatisierte Übernahmen aus dem System konnte eine Verbesserung hinsichtlich der Quantität und der Qualität erreicht werden

Demenzsensibles Akutkrankenhaus

Die Risiken für Demenzerkrankte sind im Allgemeinen sehr vielseitig und hoch. Mit der Betreuung dieser Patienten-gruppe sind zahlreiche Herausforderungen verbunden. Daher ist eine Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter durch zielgerichtete Qualifikation im Hinblick auf Demenzerkrankungen und damit verbundene Risiken zielführend. Ein Demenzkonsil gibt fachlichen Aufschluss über den gestellten Verdacht.

Einführung des Manchester Triage Systems

Die Notaufnahme ist das Tor eines jeden Akutkrankenhauses. Umso wichtiger ist es, dass gerade hier die Prozesse gut aufeinander abgestimmt sind. Mit der Einführung des Manchester Triage Systems lassen sich die Abläufe wesentlich strukturiertere und transparenter darstellen. Die Wartezeiten für die Patienten können somit wesentlich reduziert werden. Dem Haus bietet es die Möglichkeit, aussagekräftige Ergebnisse über den Prozess zu erhalten und bei Bedarf nachzusteuern.