



Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig
Im Verbund von AGAPLESION

Qualitätsbericht 2019

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2019

Erstellt am 31.12.2020





Inhaltsverzeichnis

A	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.....	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	12
A-9	Anzahl der Betten.....	12
A-10	Gesamtfallzahlen.....	12
A-11	Personal des Krankenhauses.....	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	21
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	31
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	32
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	33
B-1	Unfallchirurgie und Orthopädie.....	33
B-2	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie.....	42
B-3	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie.....	50
B-4	Pneumologie.....	57
B-5	Kardiologie.....	64
B-6	Gastroenterologie und Onkologie.....	72
B-7	Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie.....	79



B-8	Urologie.....	86
B-9	Frauenheilkunde.....	91
B-10	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.....	96
C	Qualitätssicherung.....	102
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	102
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	102
C-1.2.[1]	Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus	104
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	157
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	157
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	157
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	160
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	162
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	163
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	163
D	Qualitätsmanagement.....	164



A

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	BSc. Angewandte Gesundheitswissenschaften Therese Al-Kuhaly
Telefon	0341/444-5838
Fax	0341/444-3513
E-Mail	therese.al-kuhaly@ediacon.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Betriebswirt (VWA) Hubertus Jaeger
Telefon	0341/444-3512
Fax	0341/444-3513
E-Mail	info@diako-leipzig.de

Weiterführende Links

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



Frankfurt am Main, im Dezember 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

Qualitätsberichte bilden die „Qualität“ und „Leistungsfähigkeit“ eines Krankenhauses ab. Bezogen auf das deutsche Gesundheitswesen bewegen diese Begrifflichkeiten in der Corona-Pandemie wohl jeden Bürger. Die Sorge um überlastete und überfüllte Intensivstationen, zu wenig Fachpersonal und die Triagierung von Behandlungsfällen sind Szenarien, mit denen wir uns hierzulande bislang nicht auseinandersetzen mussten. Jetzt ist das anders, jetzt hat SARS-CoV-2 unser Leben völlig verändert. Die sonst eher abstrakten Themen „Qualität“ und „Leistungsfähigkeit“ haben jetzt eine ganz konkrete und persönliche Bedeutung.

Im Krankenhaus muss auf kurzfristige gesetzliche Vorgaben reagiert, der Betriebsablauf angepasst und der Personaleinsatz neu organisiert werden. Planbare Operationen wurden zwischenzeitlich möglichst verschoben, Kapazitäten auf den Intensivstationen hochgefahren, Isolierstationen eröffnet und Hygienekonzepte Corona-konform überarbeitet. All das erfordert ein schnelles (bei der Auswertung gesetzlicher Vorgaben), professionelles (bei der Umsetzung der Maßnahmen) und verlässliches (gleichbleibend hoher Qualitätsstandard) Handeln.

Unsere Verbundstruktur – zur AGAPLESION gAG gehören deutschlandweit mehr als 100 Einrichtungen – haben wir von Anfang an als eine große Stärke begriffen. Das konzernweite Expertenwissen wird strukturiert geteilt und garantiert auch weiterhin eine einheitlich hohe Behandlungs- und Versorgungsqualität. Gerade in der Corona-Pandemie hat sich dieses Miteinander bewährt. Bestimmte Aufgaben wurden zentral übernommen. So hat bspw. der Einkauf für alle Einrichtungen Schutzmaterial gekauft und verteilt, das Hygieneinstitut konzernweite Corona-Standards erarbeitet und Fachexperten sichten und bereiten die ständig neuen Gesetzesvorgaben und Forschungsergebnisse auf.

Unser Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich in der Pandemie um unsere Patientinnen und Patienten kümmern. Sie sind es, die die AGAPLESION gAG zu einem leistungsfähigen, christlichen Gesundheitskonzern mit hohen Qualitätsstandards im Bereich Krankenhaus und Wohnen & Pflegen machen.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bereits seit sehr vielen Jahren ist das Qualitätsmanagement im Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig etabliert. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung



bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Verwirklichung der festgelegten Qualitätsziele anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Die Qualität ist so gut, wie die einzelnen Patienten sie bei ihrem Krankenhausaufenthalt täglich erfahren. 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 2019. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes fortzuentwickeln sowie Neues kontinuierlich einzuführen.

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

Weitere Informationen finden Sie unter www.diako-leipzig.de

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

Leipzig, den 15.12.2020

Dirk Herrmann
Kaufmännischer Geschäftsführer
Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gGmbH
Hausanschrift	Georg-Schwarz Straße 49 04177 Leipzig
Zentrales Telefon	0341/444
Postanschrift	Georg-Schwarz-Str. 49 04177 Leipzig
Institutionskennzeichen	261401290
Standortnummer	00
URL	http://www.diako-leipzig.de

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Dipl- Pflegemanagerin Katrin Völkel-Lutz
Telefon	0341/444-3664
Fax	0341/444-3662
E-Mail	info@diako-leipzig.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	theologischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Pfarrer Dr. Michael Kühne
Telefon	0341/444-3511
Fax	0341/444-3513
E-Mail	info@diako-leipzig.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Betriebswirt (VWA) Hubertus Jaeger
Telefon	0341/444-3512
Fax	0341/444-3513
E-Mail	info@diako-leipzig.de

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Betriebswirt Dirk Herrmann
Telefon	0341/444-3512
Fax	0341/444-3513
E-Mail	info@diako-leipzig.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Universität Leipzig

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP01	Akupressur
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP06	Basale Stimulation
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP18	Fußreflexzonenmassage
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP26	Medizinische Fußpflege
MP27	Musiktherapie
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie/-management
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP51	Wundmanagement
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP53	Aromapflege/-therapie
MP54	Asthmaschulung
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP57	Biofeedback-Therapie



MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
MP69	Eigenblutspende

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Wahlleistung
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Wahlleistung
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Tag der offenen Tür, Themenvorträge
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		nach Rücksprache mit der Küche möglich
NM68	Abschiedsraum		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		



A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Diplom-Pflegemanagerin Katrin Völkel-Lutz
Telefon	0341/444-3664
Fax	0341/444-3662
E-Mail	info@diako-leipzig.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Grüne Damen, FSJ, Praktikanten
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Grüne Damen
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	Ehrenamt
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Andachtsraum
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	



BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
BF38	Kommunikationshilfen
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. med. Huster
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Erfassung d. Lebensqualität bei Pat. mit metastasiertem kolorekt. Karzinom u. Zaltrap-Therapie - Random. Studie: Wirksamkeit Cetuximab-Reexposition b. metastasiertem kolorektalen Karzinom Erst- u. Drittlinie, Random., kontrollierte, multizentr., longitudinale Versorgungsforschungsstudie Onkolotse

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	250

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	12777
Teilstationäre Fallzahl	0



Ambulante Fallzahl

859

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 81,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	81,2	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	81,2	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 49,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	49,15	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	49,15	
Nicht Direkt	0	



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

Anzahl: 7

Kommentar: zusätzlich 8 Belegarzt/Belegärztin Anästhesiologie, 2 Belegarzt/Belegärztin Augenheilkunde, 2 Belegärzte/Belegärztinnen Angiologie

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 239,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	236,96	
Ambulant	2,64	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	238,37	
Nicht Direkt	1,23	



Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,64

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	2,64	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,64	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,13	
Nicht Direkt	0	



Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 11,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,66	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,66	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,75	
Nicht Direkt	0	



Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,98	
Ambulant	5,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,06	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 5,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	5,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,08	
Nicht Direkt	0	



A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 5,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,2	
Nicht Direkt	0	



SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 6,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,29	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 3,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,14	
Nicht Direkt	0	



SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 13,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,37	
Nicht Direkt	0	

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,45	
Nicht Direkt	0	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	B.Sc. Angewandte Gesundheitswissenschaften Therese Al-Kuhaly
Telefon	0341/444-5838
Fax	0341/444-3513
E-Mail	therese.al-kuhaly@ediacon.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	ChA Dr. Ulrich Socha
Telefon	0341/444-3601
Fax	0341/444-3602
E-Mail	ulrich.socha@ediacon.de



A-12.2.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	ärztlicher Dienst, Pflege, Qualitätsmanagement, Hygienefachkraft
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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



A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz
Verbesserung Patientensicherheit	Wachpersonal

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	13.01.2015
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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



Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Dr. Ulrich Socha
Telefon	0341/3601-
Fax	0341/3513-
E-Mail	info@diako-leipzig.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja



A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja



A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	36,00 ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	160,00 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja
---	----

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
---	----

Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
---	----

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
---	----

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja
---------------------------------	----



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		mindestens 2 Mal im Jahr Schulung der Mitarbeiter
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: überregionaler Austausch	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja
Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	
Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	



Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link

Kommentar

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Theologischer Geschäftsführer

Titel, Vorname, Name Pfarrer Dr. Michael Kühne

Telefon 0341/444-3511

Fax 0341/444-3513

E-Mail info@diako-leipzig.de

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion Patientenfürsprecherin

Titel, Vorname, Name Frau Ingrid Hilmers

Telefon 0341/4444-3512

Fax 0341/444-3513

E-Mail ingrid.hilmers@ediacon.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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



A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person AMTS

Funktion Chefarzt im Zentrum für Gefäßmedizin

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

Telefon 0341/444-5941

Fax 0341/444-3602

E-Mail info@diako-leipzig.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal

Anzahl (Personen)

Apothekerinnen und Apotheker 0

Weiteres pharmazeutisches Personal 0

Erläuterungen

Zusammenarbeit mit Waisenhaus Apotheke Halle

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.08.2017
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.08.2017
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen - PB_Stellen und Verabreichen von Medikamenten
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten



A-13 Besondere apparative Ausstattung

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



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

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

Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen:	Ja
--	----

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
--------------------------	----------------------------------

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein
--	------

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

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

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



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Unfallchirurgie und Orthopädie

B-1.1 Allgemeine Angaben Unfallchirurgie und Orthopädie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Unfallchirurgie und Orthopädie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, sowie Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	ChA Dr. med. Ulrich Socha
Telefon	0341/444-3601
Fax	0341/444-3602
E-Mail	info@diako-leipzig.de
Straße/Nr	Gerorg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	http://www.diako-leipzig.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie und Orthopädie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie und Orthopädie

VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien



VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC63	Amputationschirurgie
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VC69	Verbrennungschirurgie
VC71	Notfallmedizin



B-1.5 Fallzahlen Unfallchirurgie und Orthopädie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3142
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S06	359	Verletzung des Schädelinneren
2	S72	235	Knochenbruch des Oberschenkels
3	M54	193	Rückenschmerzen
4	M20	186	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
5	S42	179	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
6	S52	161	Knochenbruch des Unterarmes
7	S82	160	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
8	M17	133	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
9	M16	107	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	T84	100	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
11	M23	89	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
12	S32	77	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
13	S83	70	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
14	M21	64	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen
15	M24	55	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung



B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	644	Pflegebedürftigkeit
2	5-788	562	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
3	5-786	509	Osteosyntheseverfahren
4	5-794	451	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5	5-787	381	Entfernung von Osteosynthesematerial
6	3-200	315	Native Computertomographie des Schädels
7	5-800	280	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
8	5-812	256	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
9	5-896	224	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	5-900	222	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
11	5-820	198	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
12	5-822	197	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
13	8-800	190	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
14	8-91b	177	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung
15	5-790	175	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarztsprechstunde

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

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

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

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



B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	81	Entfernung von Osteosynthesematerial
2	5-812	11	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
3	5-790	8	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
4	5-851	8	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
5	5-041	7	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
6	5-810	6	Arthroskopische Gelenkoperation
7	5-056	5	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
8	5-811	4	Arthroskopische Operation an der Synovialis
9	1-650	< 4	Diagnostische Koloskopie
10	1-697	< 4	Diagnostische Arthroskopie
11	5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen
12	5-782	< 4	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
13	5-800	< 4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
14	5-840	< 4	Operationen an Sehnen der Hand
15	5-841	< 4	Operationen an Bändern der Hand

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,62



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,62	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 201,15237

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,55	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 272,03463



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 37,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,08	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 84,73571



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 34911,11111

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,67



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,67	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1176,77903

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3206,12245

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



B-2 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1518
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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



B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
VC00	Gefäßtransplantation
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Nierenchirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC25	Transplantationschirurgie
VC58	Spezialprechstunde
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation
VR15	Arteriographie
VR16	Phlebographie
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

B-2.5 Fallzahlen Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1624
Teilstationäre Fallzahl	0



B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	332	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	E11	252	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
3	T82	210	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
4	N18	156	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion
5	I87	83	Sonstige Venenkrankheit
6	I83	76	Krampfader der Beine
7	I65	70	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
8	I71	70	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
9	I74	64	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
10	I86	47	Sonstige Krampfader
11	I72	38	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer
12	I82	33	Sonstiger Verschluss bzw. Bildung von Blutgerinnseln in den Venen
13	T87	26	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind
14	N17	21	Akutes Nierenversagen
15	I77	12	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern



B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-836	667	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
2	5-380	589	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
3	5-394	515	Revision einer Blutgefäßoperation
4	3-607	487	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
5	9-984	452	Pflegebedürftigkeit
6	5-381	443	Enderteriektomie
7	8-840	301	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
8	5-930	275	Art des Transplantates
9	8-83b	242	Zusatzinformationen zu Materialien
10	5-392	238	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes
11	5-896	230	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
12	5-399	155	Anderere Operationen an Blutgefäßen
13	3-605	149	Arteriographie der Gefäße des Beckens
14	5-865	146	Amputation und Exartikulation Fuß
15	5-916	143	Temporäre Weichteildeckung

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Sprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Versorgung gefäßchirurgischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Angebotene Leistung Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)

Sprechstunde

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

Angebotene Leistung Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)

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

Angebotene Leistung Aortenaneurysmachirurgie (VC16)

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

Angebotene Leistung Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

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



B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	53	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-385	17	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
3	3-605	< 4	Arteriographie der Gefäße des Beckens
4	3-607	< 4	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
5	3-614	< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,43

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,43	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,43	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 130,65165

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,11



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,11	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 228,41069

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 21,23



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,23	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 76,49553

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2752,54237

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung



Anzahl Vollkräfte: 2,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,14	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 758,8785

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



B-3 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie

B-3.1 Allgemeine Angaben Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie	Kommentar
VC00	Proktologie	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	HD Technologie 3D Bildschirm



VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Spezialsprechstunde
VC62	Portimplantation
VC71	Notfallmedizin
VH23	Spezialsprechstunde
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VG07	Inkontinenzchirurgie
VR02	Native Sonographie
VR06	Endosonographie
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

B-3.5 Fallzahlen Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Viszeralchirurgie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1821
Teilstationäre Fallzahl	0



B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	199	Leistenbruch (Hernie)
2	K80	171	Gallensteinleiden
3	K35	139	Akute Blinddarmentzündung
4	L02	113	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
5	K57	94	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
6	L05	94	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
7	K60	89	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms
8	K56	67	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
9	K43	62	Bauchwandbruch (Hernie)
10	K42	60	Nabelbruch (Hernie)
11	K61	58	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
12	K64	58	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
13	K62	52	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
14	C18	39	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
15	C20	35	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-916	324	Temporäre Weichteildeckung
2	5-932	312	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
3	3-225	259	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
4	5-469	239	Andere Operationen am Darm
5	8-831	222	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
6	5-896	209	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-530	204	Verschluss einer Hernia inguinalis
8	8-930	198	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
9	5-511	192	Cholezystektomie
10	5-541	146	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums



B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Versorgung viszeralchirurgischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Chefarztsprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Sprechstunden: Visceralchirurgie, Proktologie / Darmzentrum, Visceralchirurgie / Darmzentrum

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

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	35	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	1-650	6	Diagnostische Koloskopie
3	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
4	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
5	1-586	< 4	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision
6	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
7	5-452	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
8	5-492	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
9	5-535	< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica
10	5-842	< 4	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein



B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,02	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 362,749

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,02	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 602,98013



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF34	Proktologie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,46	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 93,57657



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 20233,33333

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,87	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 973,79679



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care
ZP08	Kinästhetik

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Pneumologie

B-4.1 Allgemeine Angaben Pneumologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Pneumologie
Fachabteilungsschlüssel	0108
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefärztin der Kliniken für Pneumologie und Kardiologie
Titel, Vorname, Name	Chefärztin Dr. med. Sylvia Gütz
Telefon	0341/444-3621
Fax	0341/3513-3623
E-Mail	info@diako-leipzig.de
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	http://www.diako-leipzig.de



B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Pneumologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Pneumologie	Kommentar
VI00	Diagnostik und Therapie des allergischen Asthma bronchiale	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	inklusive COPD und Asthma bronchiale
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs, Diagnostik und Therapie des malignen Pleuramesothelioms, Diagnostik und Therapie pulmonaler und pleuraler Metastasen
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	mit pneumonaler Beteiligung

B-4.5 Fallzahlen Pneumologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 1589

Teilstationäre Fallzahl 0



B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J44	232	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
2	J15	209	Lungenentzündung durch Bakterien
3	C34	198	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
4	I50	78	Herzschwäche
5	D38	71	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
6	R91	62	Ungewöhnliches Ergebnis bei bildgebenden Untersuchungen (z.B. Röntgen) der Lunge
7	I26	41	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
8	J45	35	Asthma
9	J84	32	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge
10	C78	25	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen
11	J20	24	Akute Bronchitis
12	A41	23	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
13	E86	22	Flüssigkeitsmangel
14	D86	21	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose
15	J10	20	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-620	1259	Diagnostische Tracheobronchoskopie
2	8-900	979	Intravenöse Anästhesie
3	1-843	907	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
4	1-430	527	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
5	1-710	502	Ganzkörperplethysmographie
6	9-984	464	Pflegebedürftigkeit
7	1-715	334	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
8	3-222	300	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
9	1-425	295	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus
10	1-426	164	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
11	1-632	155	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
12	3-05f	150	Transbronchiale Endosonographie
13	8-930	131	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
14	8-716	123	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
15	8-152	121	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax



B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Sprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Behandlung pneumologischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

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

Angebotene Leistung Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,11



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,11	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 195,93095

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,99	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 398,24561

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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



B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,92	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 69,3281

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,09



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 17655,55556

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1324,16667



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP08	Kinästhetik

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Kardiologie

B-5.1 Allgemeine Angaben Kardiologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Kardiologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin der Kliniken für Kardiologie und Pneumologie
Titel, Vorname, Name	Chefärztin Dr. med. Sylvia Gütz
Telefon	0341/444-3621
Fax	0341/3513-3623
E-Mail	info@diako-leipzig.de
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	http://www.diako-leipzig.de



B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Kardiologie	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	nicht-invasiv
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI39	Physikalische Therapie	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	

B-5.5 Fallzahlen Kardiologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1441
Teilstationäre Fallzahl	0



B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	280	Herzschwäche
2	I48	135	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
3	E86	65	Flüssigkeitsmangel
4	I11	54	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
5	I10	45	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
6	E11	43	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
7	J15	43	Lungenentzündung durch Bakterien
8	I26	37	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
9	A46	36	Wundrose - Erysipel
10	N17	31	Akutes Nierenversagen
11	I49	29	Sonstige Herzrhythmusstörung
12	J44	29	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
13	A41	26	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
14	N39	25	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
15	R55	25	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	580	Pflegebedürftigkeit
2	3-200	231	Native Computertomographie des Schädels
3	8-930	203	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	3-222	172	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
5	1-632	170	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
6	1-620	158	Diagnostische Tracheobronchoskopie
7	3-052	158	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8	8-640	154	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
9	8-831	133	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
10	3-225	108	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
11	1-440	101	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
12	1-843	85	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
13	8-980	76	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
14	8-152	75	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
15	8-800	72	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat



B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Versorgung kardiologischer Notfälle

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

Sprechstunde

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,87



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,87	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 245,48552

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 576,4



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF28	Notfallmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 20,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,18	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 71,40733



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 16011,11111

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1200,83333



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



B-6 Gastroenterologie und Onkologie

B-6.1 Allgemeine Angaben Gastroenterologie und Onkologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Gastroenterologie und Onkologie
Fachabteilungsschlüssel	0190
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie und Onkologie
Titel, Vorname, Name	ChA Prof. Dr. med. Dominik Huster
Telefon	0341/444-3622
E-Mail	info@diako-leipzig.de
Straße/Nr	Georg-Schwarz-Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Kommissarische Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Chefärztin Dr. med. Sylvia Gütz
Telefon	0341/444-3621
Fax	0341/444-3623
E-Mail	info@diako-leipzig.de
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	http://www.diako-leipzig.de

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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



B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie und Onkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gastroenterologie und Onkologie	Kommentar
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Mitbetreuung
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI27	Spezialsprechstunde	Gastroenterologie
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI45	Stammzelltransplantation	Mitbehandlung
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	

B-6.5 Fallzahlen Gastroenterologie und Onkologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1893
Teilstationäre Fallzahl	0



B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K29	114	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
2	K80	93	Gallensteinleiden
3	K70	92	Leberkrankheit durch Alkohol
4	K85	66	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
5	E86	60	Flüssigkeitsmangel
6	K57	58	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
7	K92	57	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
8	A09	50	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
9	D12	48	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus
10	D50	47	Blutarmut durch Eisenmangel
11	A41	44	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
12	I50	43	Herzschwäche
13	C25	41	Bauchspeicheldrüsenkrebs
14	K21	38	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
15	K26	33	Zwölffingerdarmgeschwür

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1004	Diagnostische Ösophago-gastro-duodenoskopie
2	9-984	657	Pflegebedürftigkeit
3	1-650	541	Diagnostische Koloskopie
4	1-440	477	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
5	3-225	332	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
6	8-800	294	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
7	5-469	290	Andere Operationen am Darm
8	5-513	252	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
9	8-930	227	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
10	3-222	215	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
11	5-452	212	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
12	1-444	209	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
13	8-831	157	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
14	3-200	139	Native Computertomographie des Schädels
15	8-153	121	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle



B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarztsprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Behandlung gastroenterologischer Notfälle

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

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

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	367	Diagnostische Koloskopie
2	5-452	112	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	1-444	104	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,73



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,73	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 216,83849

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,44	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 293,9441



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 27,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,04	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,99	
Nicht Direkt	0,05	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 70,0074



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 21033,33333

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9465



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP20	Palliative Care

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

B-7.1 Allgemeine Angaben Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
Fachabteilungsschlüssel	3600
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
Titel, Vorname, Name	Chefärztin Dr. med. Karin Siegert
Telefon	0341/444-3641
Fax	0341/444-3513
E-Mail	info@diako-leipzig.de
Straße/Nr	Georg-Schwarz Straße 49
PLZ/Ort	04177 Leipzig
Homepage	http://www.diako-leipzig.de



B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie	Kommentar
VX00	Diagnostik und Therapie spezieller intensivmedizinischer Krankheitsbilder	u.a. - komplette intensivmedizinische Betreuung der im Haus etablierten Fachdisziplinen -differenzierte Respiratortherapie - Punktionstracheotomien - kontinuierliche Nierenersatzverfahren (lokale Antikoagulation mit Citrat) - Differenzierte Volumen- und Katecholamintherapie - Spez. Weaning-Therapie
VX00	Schmerztherapie	- multimodale stationäre Schmerztherapie für chronische Schmerzsyndrome - Vorhalten eines Akutschmerzdienstes, tägliche zweimalige Schmerzvisiten auf Station - Durchführung interdisziplinärer Schmerzkonsile im gesamten Klinikum
VI20	Intensivmedizin	
VX00	Allgemeine und regionale Anästhesie	1. Allgemeine Anästhesie: 6634 Inkubationsnarkose (balanciert/TIVA: 3572) Kehlkopfmaske (balanciert/TIVA: 2497) Maskennarkose 76 Standby 73 2. Kombination von Allg. und Regionalanästhesie zur Optimierung der p.o. Schmerztherapie 168 (PDK zur IN)
VX00	Durchführung von Nierenersatzverfahren	4 CRRT
VX00	Durchführung von Lungenersatztherapie	Durchführung differenzierter Beatmungsverfahren bei verschiedenen Krankheitsbildern inkl. ECCOR
VC71	Notfallmedizin	
VX00	3. Allgemeine und regionale Anästhesie	4. Sonstige: Analgosedierung 411 Biersche Anästhesie 22
VX00	2. Allgemeine und regionale Anästhesie	Anästhesie Ambulanz



B-7.5 Fallzahlen Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

Fallzahlen

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

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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



B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 25,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,42	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,54	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF15	Intensivmedizin

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 85,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,57	
Ambulant	0	keine Angabe möglich

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	84,39	
Nicht Direkt	1,18	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP15	Stomamanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



B-8 Urologie

B-8.1 Allgemeine Angaben Urologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Belegabteilung

Ärztliche Leitung

Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Detlef Nietzsch
Telefon	0341/45338-0
Fax	0341/45338-22
E-Mail	praxis@uro-diako.de
Straße/Nr	Georg-Schwarz-Straße 53
PLZ/Ort	04179 Leipzig
Homepage	http://www.uro-diako.de/

Belegärztin oder Belegarzt

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

Belegärztin oder Belegarzt

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



B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

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

B-8.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	498
Teilstationäre Fallzahl	0



B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	308	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
2	N47	53	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut
3	N40	36	Gutartige Vergrößerung der Prostata
4	C61	27	Prostatakrebs
5	N41	17	Entzündliche Krankheit der Prostata
6	N43	15	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen
7	C67	8	Harnblasenkrebs
8	N35	8	Verengung der Harnröhre
9	D30	4	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
10	R39	4	Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen
11	D07	< 4	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Geschlechtsorgane
12	D29	< 4	Gutartiger Tumor der männlichen Geschlechtsorgane
13	L72	< 4	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut
14	N20	< 4	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
15	N30	< 4	Entzündung der Harnblase

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-13d	319	Urographie
2	8-137	316	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
3	5-560	79	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters
4	1-464	78	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen
5	9-984	59	Pflegebedürftigkeit
6	5-640	57	Operationen am Präputium
7	1-661	20	Diagnostische Urethrozystoskopie
8	5-611	16	Operation einer Hydrocele testis
9	8-132	16	Manipulationen an der Harnblase
10	8-133	15	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters
11	5-573	12	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
12	1-665	8	Diagnostische Ureterorenoskopie
13	5-572	8	Zystostomie
14	5-585	8	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
15	5-631	6	Exzision im Bereich der Epididymis



B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Belegarztpraxis am Haus

Ambulanzart Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 2

Anzahl stationäre Fälle je Person: 249

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,16

Kommentar: Belegstation insgesamt: 3,47 Vollkräfte

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 429,31034

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Kommentar: Belegstation Krankenpflegehelfer insgesamt:0,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6225



B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Frauenheilkunde

B-9.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Frauenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art	Belegabteilung

Ärztliche Leitung

Belegärztin oder Belegarzt

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

Belegärztin oder Belegarzt

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

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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



B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde	Kommentar
VG00	Diagnostik und operative Therapie von Fehlbildungen der genitalen Organe	Neovagina, Septumabtragung und Metroplastik
VG00	Beckenboden Rekonstruktion	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	

B-9.5 Fallzahlen Frauenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	234
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N73	37	Sonstige Entzündung im weiblichen Becken
2	N80	29	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
3	D25	27	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
4	N97	27	Unfruchtbarkeit der Frau
5	D27	21	Gutartiger Eierstocktumor
6	N81	12	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
7	N84	10	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane
8	N70	9	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung
9	N83	8	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
10	N85	7	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses
11	C56	5	Eierstockkrebs
12	Q51	4	Angeborene Fehlbildung der Gebärmutter bzw. des Gebärmutterhalses
13	C50	< 4	Brustkrebs
14	C51	< 4	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane
15	C54	< 4	Gebärmutterkrebs



B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-667	84	Insufflation der Tubae uterinae
2	5-657	70	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
3	5-702	39	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
4	5-651	37	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
5	1-672	32	Diagnostische Hysteroskopie
6	5-469	30	Andere Operationen am Darm
7	5-681	30	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
8	5-666	27	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina
9	5-704	23	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
10	5-683	22	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
11	1-471	16	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
12	5-653	16	Salpingoovariektomie
13	5-661	16	Salpingektomie
14	5-690	16	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
15	5-665	14	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Vor- und Nachbetreuung

Ambulanzart

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein



B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 2

Anzahl stationäre Fälle je Person: 117

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,16

Kommentar: Belegstation insgesamt: 3,47 Vollkräfte

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 201,72414

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr



Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Kommentar: Belegstation Krankenpflegehelfer insgesamt:0,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2925

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



B-10 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-10.1 Allgemeine Angaben Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Hartmut Michalski
Telefon	0341/213-0608
E-Mail	info@nasenop.de
Straße/Nr	Joahnnisplatz 1
PLZ/Ort	04103 Leipzig
Homepage	http://nasenop.de/index.php

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nr. Medizinische Leistungsangebote Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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



B-10.5 Fallzahlen Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	535
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J34	321	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
2	J32	135	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
3	H71	24	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom
4	H66	20	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung
5	H80	14	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose
6	H61	8	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörgangs
7	D17	< 4	Gutartiger Tumor des Fettgewebes
8	D23	< 4	Sonstige gutartige Tumoren der Haut
9	G47	< 4	Schlafstörung
10	H70	< 4	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten
11	H72	< 4	Trommelfellriss, die nicht durch Verletzung verursacht ist
12	H74	< 4	Sonstige Krankheit des Mittelohres bzw. des Warzenfortsatzes
13	J35	< 4	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
14	J39	< 4	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege
15	Q16	< 4	Angeborene Fehlbildung des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursacht



B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-214	380	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
2	5-215	282	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
3	5-224	143	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
4	5-195	37	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)
5	5-222	20	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle
6	5-185	16	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges
7	5-203	12	Mastoidektomie
8	5-211	12	Inzision der Nase
9	5-218	10	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]
10	5-197	9	Stapesplastik
11	5-189	6	Andere Operationen am äußeren Ohr
12	5-192	4	Revision einer Stapedektomie
13	5-294	4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx
14	5-194	< 4	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]
15	5-200	< 4	Parazentese [Myringotomie]

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein



B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 3

Anzahl stationäre Fälle je Person: 178,33333

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,16

Kommentar: Belegstation

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,16	
Ambulant	0	

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,16	
Nicht Direkt	0	

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 461,2069



Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Kommentar: Belegstation Krankenpflegehelfer insgesamt:0,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6687,5

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein





C

Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	288	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	156	100,0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	31	100,0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	4	100,0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	< 4	< 4	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	205	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	189	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	19	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	106	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	< 4	< 4	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	72	100,0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	134	100,0	
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	125	100,0	
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	9	100,0	
Mammachirurgie (18/1)	< 4	< 4	
Neonatologie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	284	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

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

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

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	288
Beobachtete Ereignisse	288
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,68 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	261
Beobachtete Ereignisse	253
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,93%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,17 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,07 - 98,44%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	143
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,08%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,11 - 94,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,13 - 96,85%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	205
Beobachtete Ereignisse	204
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,51%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,94 - 96,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,29 - 99,91%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,20
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 0,57
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	283
Beobachtete Ereignisse	282
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,65%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,65 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,03 - 99,94%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,76
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,88
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 15,46%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,45 - 8,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,76%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 45,00\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,95 - 20,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 75,00\%$ (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,06 - 88,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,82 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	138
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,15 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,71 - 2,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,71%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,09 - 98,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,37 - 93,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,97 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,50 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,97 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,59 - 1,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,29%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,63 - 89,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,39 - 98,42%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,28
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,43$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zu akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,37 - 95,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,77 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,60\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 - 1,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,42$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,24
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,67$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,65
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,17$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 73,65
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,64 - 1,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,34$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 14,45
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	112
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,92%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,53 - 97,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,35 - 97,65%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,48%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,46 - 94,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,09 - 97,35%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,35 - 12,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	166
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,40%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,80 - 96,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,69 - 99,89%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,38
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,07$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,40 - 1,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,18%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,99 - 6,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	9,72%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,06 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,29 - 4,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,79 - 18,74%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,02%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,26 - 2,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,55 - 17,94%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,86
Ergebnis (Einheit)	2,10
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,25$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,02 - 3,67
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	142
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	8,77
Ergebnis (Einheit)	1,94
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,25$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,23 - 2,97
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	3,03
Ergebnis (Einheit)	2,64
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,83$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,21 - 4,92
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,74%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,48 - 13,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,46 - 9,22%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	98
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,99%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,85 - 97,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,50 - 99,82%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	11,90
Ergebnis (Einheit)	2,19
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,17$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,57 - 2,88
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U33 - Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	9,64
Ergebnis (Einheit)	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,15$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,43 - 1,56
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,35 - 90,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 - 97,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,33 - 91,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,91
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,76$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,63 - 7,91
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Kommentar beauftragte Stelle	Auf Grund von Struktur- und Prozessmängeln wird die qualitative Auffälligkeit in dem QI bestätigt. Maßnahmen zur Verbesserung des Strahlenschutzes sind erforderlich.
Kommentar Krankenhaus	Strukturen und Abläufe werden optimiert, um das Qualitätsdefizit zu beseitigen.



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,14 - 96,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,50\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,71$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 189,10
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,90 - 99,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,13 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	604
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,57 - 99,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,19 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
Ergebnis-ID	52240
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,74 - 14,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,68
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 3,62
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51437
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,83 - 98,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51443
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,50 - 99,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51873
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,67
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,15$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,65 - 15,59
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Eingriffs oder nach dem Eingriff an der Halsschlagader ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
Ergebnis-ID	161800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,30 - 4,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	103
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,64%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,87 - 98,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,44 - 96,88%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,39 - 96,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,19 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,61 - 94,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,70\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,20 - 1,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,91%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,73 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,92 - 4,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,91%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,61
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,10
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,35%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Ergebnis-ID	54128
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,06 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
Ergebnis-ID	51846
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,56 - 97,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52330
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,33 - 99,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52279
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,68 - 98,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
Ergebnis-ID	2163
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, wurden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten und bei denen die Brust nicht entfernt wurde, sondern brusterhaltend operiert wurde)
Ergebnis-ID	50719
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,33$ % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 5,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen notwendig (in den Wächterlymphknoten können sich Krebszellen ansiedeln; wenn diese nachgewiesen werden, können sie für einen weiteren Befall der Achselhöhle sprechen)
Ergebnis-ID	51847
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,74 - 97,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 13,55$ % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,16 - 3,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
Ergebnis-ID	211800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,65$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,93 - 99,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	12730
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	58,88
Ergebnis (Einheit)	0,93
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,72 - 1,21
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	12730
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	284
Beobachtete Ereignisse	284
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,67 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,92 - 97,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	203
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,51%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,51 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,28 - 99,91%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	288
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,33%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,76 - 13,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	5,66 - 12,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	60683
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,15 - 12,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	60684
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,39 - 14,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54141
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,67 - 96,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,97 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54142
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,08 - 0,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	70,97%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	56,14 - 56,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	53,41 - 83,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,77
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,26 - 2,13
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,88
Ergebnis (Einheit)	0,82
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,32 - 2,02
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	57,74 - 59,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,12
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 5,96
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	605
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,09 - 1,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,03%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	606
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,80 - 4,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	51859
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,51 - 3,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51865
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,27
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	51445
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,41 - 2,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51448
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,89 - 5,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51860
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,77 - 4,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	HER2-Positivitätsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)
Ergebnis-ID	52268
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,71 - 13,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	12730
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,38%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,30 - 0,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,29 - 0,51%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-



Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	12730
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,05%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,05 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 0,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Cholezystektomie-Operationen (Endoskopisch)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wundinfektion
Ergebnis	5 von 151
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	



Vergleichswerte

Quellenangaben



Leistungsbereich: Carotis-Gabel-Rekonstruktion-Operationen

Bezeichnung des Qualitätsindikators Wundinfektion

Ergebnis 0 von 60

Messzeitraum 2019

Datenerhebung

Rechenregeln

Referenzbereiche

Vergleichswerte

Quellenangaben

Leistungsbereich: Cholezystektomie-Operationen (offen)

Bezeichnung des Qualitätsindikators Wundinfektion

Ergebnis 2 von 22

Messzeitraum 2019

Datenerhebung

Rechenregeln

Referenzbereiche

Vergleichswerte

Quellenangaben

Leistungsbereich: Reposition bei Fraktur prox. Femur

Bezeichnung des Qualitätsindikators Wundinfektion

Ergebnis 8 von 142

Messzeitraum 2019

Datenerhebung

Rechenregeln

Referenzbereiche

Vergleichswerte

Quellenangaben



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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Mindestmenge 50

Erbrachte Menge 111

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge 10

Erbrachte Menge 9

Begründung Personelle Neuausrichtung (MM03)

Erläuterung zur Begründung Chefarzt der Gastroenterologie und Onkologie verließ Mitte 2019 das Unternehmen

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja

Organsystem Pankreas

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja



C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019: 111

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 142

Organsystem Pankreas

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019: 9

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 15

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose) Ja

Organsystem Pankreas

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose) Ja

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Trifft nicht zu.



C-5.2.5 *Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden*

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt

Nein

Organsystem Pankreas

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt

Nein

C-5.2.6 *Übergangsregelung*

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt

Nein

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt

Nein

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

Trifft nicht zu.



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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	94
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. 1.1.1]	44
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	41

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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



C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	Station ITS	Tagschicht	99,18%
Intensivmedizin	Station ITS	Nachtschicht	98,90%
Unfallchirurgie	Station 2	Tagschicht	99,73%
Unfallchirurgie	Station 2	Nachtschicht	99,18%
Unfallchirurgie	Station 1	Tagschicht	99,73%
Unfallchirurgie	Station 1	Nachtschicht	98,63%

D Qualitätsmanagement

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

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patienten ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen und uns kontinuierlich zu verbessern.

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

Als Konzernverbund nutzen wir aktiv die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Die Experten entwickeln gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Die verschiedenen Gremien der sogenannten *Integrativen Managementstruktur* (Fachkonferenzen, Lenkungsgruppen, Projektgruppen etc.) tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patienten reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf.

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



Audits

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

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patienten müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B.: Informationstechnologie, Speisen- oder Wäscheversorgung). Auch diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden regelmäßig in Audits überprüft.

In dem Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden klar benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Maßnahmen zur Risikominimierung oder Verbesserung innerhalb festgelegter Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

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

Risikomanagement

Alle Prozesse bergen auch das Risiko, dass die erforderlichen Prozessschritte nicht wie festgelegt ausgeführt werden. Diese Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert



Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

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

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

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

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



Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015



Zertifiziertes Lungenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Zertifiziertes

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



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



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



Zertifizierte Interdisziplinäre Notaufnahme der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)



Zertifiziert lokales Traumazentrum des TraumaNetzwerk DGU®



Meinungsmanagement

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

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



Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeitenden ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt. Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

Befragungen

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

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

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



Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2019 unter anderem die zwei folgenden:

Erhalt des Silberzertifikates bei Aktion Saubere Hände

Die „Aktion Saubere Hände“ (ASH) ist eine bundesweite Initiative, die sich seit Jahren intensiv mit dem Thema Händedesinfektion beschäftigt. Seit Juni 2019 ist eine gleichnamige Lenkungsgruppe im Ev.

Diakonissenkrankenhaus Leipzig aktiv, die es sich zum Ziel gesetzt hat, entsprechende Zertifizierungen zu erlangen.

Aktuell verfügt unser Haus bereits über das Silber-Zertifikat der "Aktion Saubere Hände" – und es wird bereits das des Gold-Status in der Händedesinfektion vorbereitet.

Elektronische Patientenakte

Bereits 2018 hat das Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig mit der Etablierung der elektronischen Patientenakte begonnen. Im Jahr 2019 wurde dies erweitert, sodass nun zusätzlich die Verlaufs-, Wund- und Spezialdokumentation elektronisch stattfindet. Im Jahr 2020 ist die Etablierung der eMedikation vorgesehen.