

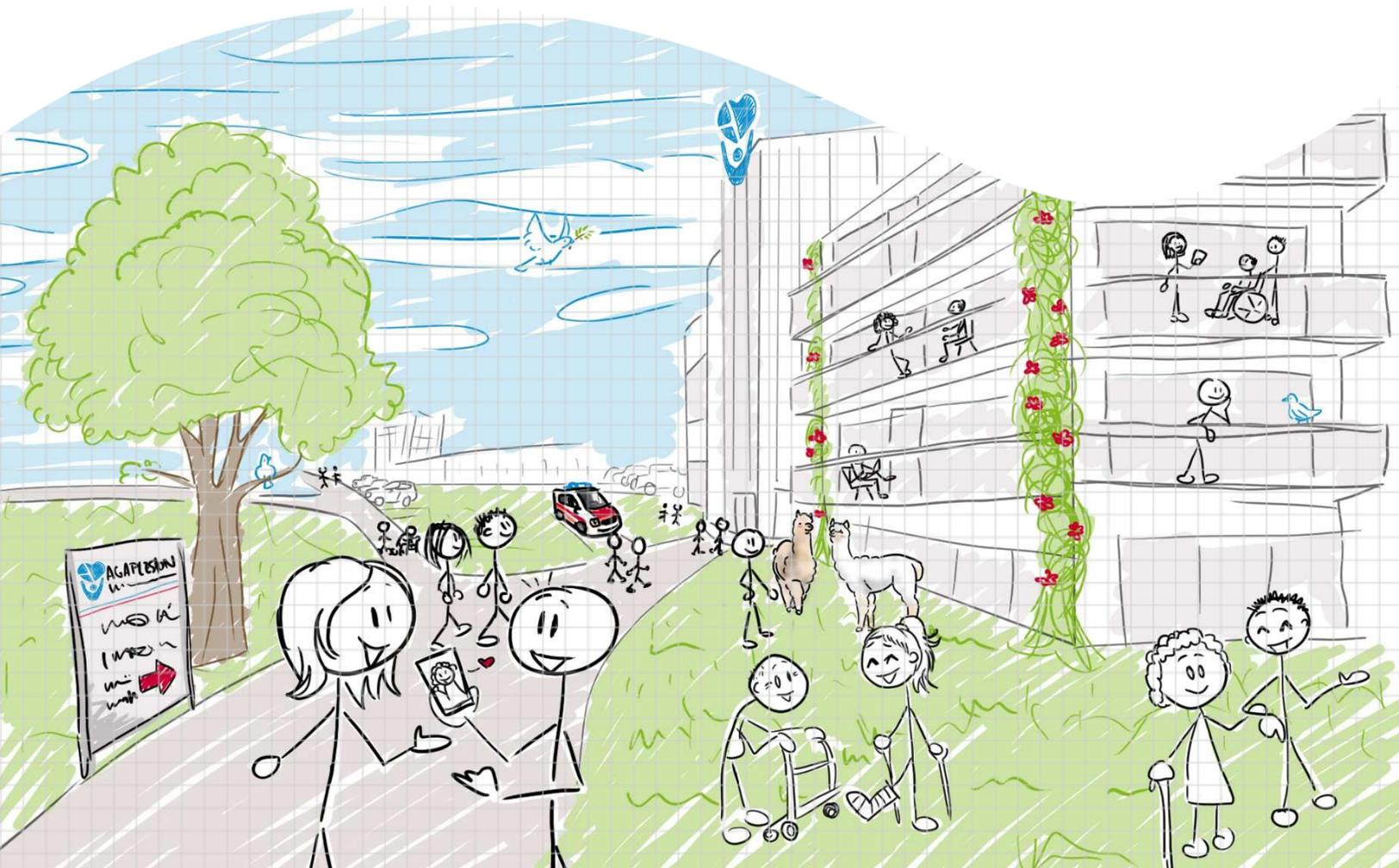


Zeisigwaldkliniken **Bethanien** Chemnitz
Im Verbund von AGAPLESION

Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2020

Erstellt am 31.12.2021





Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	18
A-9	Anzahl der Betten	19
A-10	Gesamtfallzahlen	19
A-11	Personal des Krankenhauses	19
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	41
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	42
B-1	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie	42
B-2	Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie	47
B-3	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	54
B-4	Klinik für Urologie	60
B-5	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	66
C	Qualitätssicherung.....	74



C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	74
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	74
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	114
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	114
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	115
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	115
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	117
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	117
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	117
D	Qualitätsmanagement.....	119



Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Miriam Haubold
Telefon	0371/430-1038
Fax	0371/430-1127
E-Mail	miriam.haubold@ediacon.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Kaufmännische Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Cornelia Schrickler
Telefon	0371/430-1031
Fax	0371/430-1034
E-Mail	cornelia.schricker@ediacon.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:



Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

am 31. Dezember 2021 sind genau zwei Jahre vergangen, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in Wuhan in Kenntnis gesetzt worden ist. Hierzulande wädhnten wir uns in Sicherheit, verorteten Epidemien und Seuchen in andere Regionen dieser Welt. SARS-CoV-2 hat uns gezeigt: Auch wir sind verwundbar. Unser Sicherheitsgefühl ist von jeher trügerisch.

Die Gesundheit und auch der Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen haben für uns immer höchste Priorität. Die Pandemie hat uns allen – auch der Öffentlichkeit – schmerzlich vor Augen geführt, wie verletzlich wir trotz höchster Schutzmaßnahmen in solch einer Ausnahmesituation sind. Die gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsauflagen waren enorm hoch und wurden *sofort* umgesetzt. Dennoch haben viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung nach Alternativen zu einer stationären Behandlung gesucht. Oder sie haben eine Behandlung aufgeschoben, teils mit schweren gesundheitlichen Folgen.

Corona wird häufig als „Ausnahmezustand“ und „Krise“ bezeichnet. Das ist auch richtig. Das Virus hat eine große Verunsicherung in uns allen ausgelöst und den Blick nach „innen“ gelenkt. In unsere Seele. Für uns war es eine bedrückende Erfahrung, dass zugewandte Medizin und Pflege in der Pandemie nur sehr schwer umzusetzen waren. Schutzvorkehrungen und Distanzgebot haben feste Grenzen gesteckt.

Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmezustand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krisen, in jedem Ausnahmezustand, in jeder Lebensphase zur Seite stehen und uns Körper *und* Seele annehmen. Dieser Anspruch basiert auf der christlichen Tradition unserer bundesweiten Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben uns neu sensibilisiert für unsere Bedürfnisse, für unser Seelenheil. Wir wollen alles dafür tun, dass sich unsere Patient:innen gut bei uns aufgehoben wissen. Denn bei uns steht der Mensch mit all seinen Facetten im Mittelpunkt. Echte Qualität ist für uns immer: ganzheitlich.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

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

Bereits seit vielen Jahren arbeiten die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz und das DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein eng in der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Beckenbodens, d. h. Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Senkungsbeschwerden, zusammen und bilden seit 2009 das Sächsische Beckenbodenzentrum (zertifiziert nach den fachlichen Anforderungen der Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Deutsche Gesellschaft für Kolo Proktologie). Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz sind seit 2010 als lokales Traumazentrum im TraumaNetzwerk Westsachsen erfolgreich zertifiziert. Ziel der bundesweiten Netzwerke ist es, durch den Austausch und die Zusammenarbeit der regionalen Kliniken die bestmögliche Behandlung für schwerverletzte Patient:innen zu erreichen, sodass eine schnelle und flächendeckende Versorgung von Schwerstverletzten auf höchstem Versorgungsstandard zu jeder Tages- und Nachtzeit, auch außerhalb der Ballungszentren, sichergestellt werden kann.

Die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wurde im September 2016 nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) auditiert. Die erfolgreiche Zertifizierung zum Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung bestätigt uns ein hohes Maß an Spezialisierung und Kompetenz in der Endoprothetik.

Seit Juni 2018 existiert in der Klinik für Urologie und dem Sächsischen Beckenbodenzentrum ein Zentrum für Interstitielle Zystitis und Beckenschmerz (IC/BPS), welches nach ICA-Deutschland e. V. - Interstitial Cystitis Association - gemeinnützige Gesellschaft und Förderverein Interstitielle Cystitis zertifiziert ist. Hier wird sich Patient:innen interdisziplinär und mit großer Sorgfalt gewidmet, die Probleme mit chronischen Blasen- und Harnröhrenschmerzen, Beckenschmerzen und insbesondere der Erkrankung Interstitielle Zystitis (IC) haben.



Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz nehmen ihre gesellschaftlichen Verantwortungen bei der Ausbildung wahr. Wir bilden an unserem Bethanien Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie Altenpfleger:innen aus. Des Weiteren gehört das Krankenhaus seit Juni 2013 zu den akademischen Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Als akademische Lehreinrichtung der Universität Leipzig widmen sich die Zeisigwaldkliniken der Ausbildung von Student:innen im Praktischen Jahr, dem letzten Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums. Die angehenden Ärzt:innen können in den einzelnen Fachabteilungen unter modernsten Bedingungen umfassende Fertigkeiten erwerben und an vielfältigen Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen.

Chemnitz, den 31.12.2020

Cornelia Schricker
Kaufm. Geschäftsführerin
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz

Michael Veihelmann
Theol. Geschäftsführer
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Anke Sommer
Telefon	0371/430-1105
Fax	0371/430-1034
E-Mail	anke.sommer@ediacon.de



Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	kaufm. Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Cornelia Schricker
Telefon	0371/430-1031
Fax	0371/430-1034
E-Mail	cornelia.schricker@ediacon.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Universität Leipzig

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Das Leistungsspektrum unserer Physiotherapie beinhaltet u. a. die Atemgymnastik und wird auf Anordnung des Arztes/ der Ärztin durchgeführt.
MP06	Basale Stimulation	Die Basale Stimulation ist im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie enthalten und wird auf ärztliche Anordnung durchgeführt.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Durch unsere Krankenhauseelsorge ist es mgl., Sterbe-/Trauerbegleitung zu leisten. Für das Pflegepersonal finden Fortbildungsangebote zur Betreuung von Sterbenden unterschiedlichster Religionen statt. Unter Einbindung des Pflegenetzes Chemnitz ist es mgl., einen Hospiz- u. Palliativdienst anzubieten.
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Das Bewegungsbad/Wassergymnastik wird bei unserem externen Partner ADMEDIA durchgeführt.



MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Die Durchführung von Bewegungstherapie, auf ärztliche Anordnung, kann durch unsere hausinterne Physiotherapie erfolgen.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bobath-Therapie ist im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie enthalten und kann auf ärztliche Anordnung erfolgen.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Mit Hilfe unserer qualifizierten Mitarbeiter:innen besteht bei uns die Möglichkeit, Patient:innen durch gezielte Diabetikerschulungen zu informieren. Natürlich wird auch bei der Verpflegung unserer Patient:innen auf eine diabetikergerechte Ernährung geachtet.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Unsere Diätassistent:innen besuchen unsere Patient:innen in allen Kliniken auf ärztliche Anordnung. Dabei kann den Patient:innen beratend in Ernährungsfragen beigegeben werden, um somit den Heilungsprozess zu beschleunigen oder auf die Notwendigkeit einer speziellen bzw. gesunden Ernährung aufmerksam machen.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Mit Hilfe unseres Entlassmanagements durch den Sozialdienst ist es uns möglich, Patient:innen sowie Angehörige auf die Überleitung in eine andere Pflegeeinrichtung vorzubereiten. Im Mittelpunkt steht dabei ein strukturierter und patientenorientierter Ablauf.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Die Mitarbeiter:innen der Ergotherapie werden auf ärztliche Anordnung in allen Bereichen eingesetzt. Mittels ihrer therapeutischen Maßnahmen kann den Patient:innen beim Erlernen bzw. Verbessern der Feinmotorik geholfen werden.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege bzw. Bereichspflege wird in unserem Krankenhaus auf allen Pflegestationen praktiziert. Ein Casemanagement ist auf allen Stationen etabliert.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie ist auch die Fußreflexzonenmassage enthalten.



MP21	Kinästhetik	Die Kinästhetik ist im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie enthalten und kann auf ärztliche Anordnung angewandt werden.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Für unsere stationären Patient:innen bieten wir eine innerklinische Inkontinenzberatung an, bei der erfahrene Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen beratend zur Seite stehen. Auch für die allg. Bevölkerung ermöglichen wir eine Inkontinenzsprechstunde, die durch die Dt. Kontinenzgesellschaft e.V. zertifiziert wurde.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Zum Leistungsspektrum unserer Physiotherapie gehört auch die manuelle Lymphdrainage und kann auf Anordnung des Arztes/ der Ärztin durchgeführt werden.
MP25	Massage	Auf ärztliche Anordnung können die Patient:innen, dank unserer hausinternen Physiotherapie, Teil- sowie Vollmassagen erhalten.
MP26	Medizinische Fußpflege	In allen unseren Kliniken kann auf Wunsch der Patient:innen oder auf ärztliche Anordnung ein Podologe/ eine Podologin bestellt werden.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Die physikalische Therapie ist im Leistungsspektrum der Physiotherapie enthalten. Vor der Therapie werden in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst patient:innengerechte Behandlungspläne erstellt, die so eine optimale Behandlung durch die Physiotherapeut:innen gewährleistet.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Krankengymnastik wird in unserer Einrichtung durch die hausinterne Physiotherapie angeboten. Die Physiotherapeut:innen legen dabei auf ärztliche Anordnungen einen patient:innenoptimalen Behandlungsplan zurecht und entscheiden somit über die Durchführung von Einzel- und/oder Gruppentherapie.



MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Prävention gewinnt immer mehr an Bedeutung. In unserem Krankenhaus gestaltet sich die präventive Arbeit z.B. durch die Durchführung von Ernährungsberatungen und -schulungen, die auch durch Personen außerhalb eines Krankenhausaufenthaltes genutzt werden können.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	In allen Kliniken ist es uns möglich, bei Wunsch der Patient:innen oder auf Grund ärztlichen Rates konsiliarisch Psycholog:innen, Psychoonkolog:innen und Psychotherapeut:innen zur Betreuung anzufordern.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Unsere Physiotherapie bietet eine Rücken- und Haltungsschule auf ärztliche Anordnung in allen Kliniken an. Nicht nur Patient:innen können dies in Anspruch nehmen, auch für unsere Mitarbeiter:innen besteht die Möglichkeit, aktiv an Rückenschulungen teilzunehmen.
MP37	Schmerztherapie/-management	Unsere Mitarbeiter:innen des innerklinischen Schmerzdienstes arbeiten nach evidenzbasierten Leitlinien und werden auf ärztliche Anordnung in allen Kliniken tätig. In ihren Aufgabenbereich fallen dabei die optimale Betreuung von Schmerzpatient:innen, als auch die Durchführung spezieller Verfahren.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Spezielle Beratungen, u. a. zu Ernährung und Stomatherapie, werden durch erfahrene Mitarbeiter:innen in allen Kliniken, in Abhängigkeit vom Krankheitsbild, angeboten.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Zum Leistungsspektrum unserer Physiotherapie gehören die Progressive Muskelentspannung und konzentrierte Entspannungsübungen. Auf Anordnung des Arztes/ der Ärztin können diese durchgeführt werden.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	In allen unseren Kliniken werden regelmäßig spezielle Pflegevisiten abgehalten.



MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Durch externe Logopäd:innen können unsere Patient:innen auch in diesem Bereich optimal betreut werden. Die Gestaltung der Therapie richtet sich dabei nach den ärztlichen Anordnungen und wird speziell auf zu behandelnde Patient:innen zugeschnitten.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Unser Krankenhaus besitzt einen geschulten Stomatherapeuten, der die Anlage und Pflege von Stomata begleitet und überwacht. Außerdem steht er den Patient:innen sowie den Angehörigen im Umgang mit dem Stoma beratend zur Seite.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Durch die Kooperation mit verschiedenen Sanitätshäusern und Rehabilitations-Firmen ist es uns möglich, unsere Patient:innen optimal mit benötigten Hilfsmitteln auszustatten. Weiterhin bieten wir auf unserem Krankenhausgelände eine orthopädietechnische Sprechstunde für die Öffentlichkeit an.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Leistungsspektrum unserer Physiotherapie ist auch die Behandlung mittels Wärme- und Kälteanwendungen enthalten und wird auf Anordnung des Arztes/ der Ärztin durchgeführt.
MP51	Wundmanagement	Speziell ausgebildete Mitarbeiter:innen (Wundmanager:innen) sind im Krankenhaus tätig und ermöglichen durch entsprechende Qualifikation eine leitliniengerechte Betreuung aller Patient:innen mit den unterschiedlichsten Wunden. Dabei wird der Verlauf der Wundbehandlung und -heilung begleitet, überwacht und protokolliert.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Unser Krankenhaus setzt auf die Zusammenarbeit mit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS). Diese Einrichtung koordiniert die gezielte Kooperation mit speziellen Selbsthilfegruppen, wie der Deutschen ILCO e. V. und dem Bundesverband Prostataselbsthilfe e. V.
MP53	Aromapflege/-therapie	Auf jeder Station kann Aromapflege/-therapie durch geschulte Mitarbeiter:innen durchgeführt werden.



MP63	Sozialdienst	Aufgrund der Zusammenarbeit mit dem „Pflegeretz Chemnitz“ kann unseren Patient:innen sowie deren Angehörigen beratend und helfend bei sozialen Problemen während des Krankenhausaufenthaltes und bei der Weiterbetreuung beigestanden werden.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	In unserem Haus werden regelmäßig Vorträge zu den unterschiedlichsten Themen in allen Kliniken angeboten. Alle zwei Jahre veranstalten wir einen Tag der offenen Tür, der es jedermann ermöglicht einen Einblick in unseren Klinikablauf sowie in unsere Räumlichkeiten zu bekommen.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Auf dem Klinikgelände befindet sich eine Kurzzeitpflegeeinrichtung der Diakonie Stadtmission Chemnitz e. V. Durch eine enge Kooperation ist es möglich, unsere Patient:innen im Bedarfsfall zeitnah nach dem Krankenhausaufenthalt dorthin überzuleiten und unterzubringen.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Jede Station verfügt über mehrere Ein-Bett-Zimmer.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Es besteht die Möglichkeit ein Mutter-Kind-Zimmer einzurichten, um somit die Behandlung und Genesung des Kindes durch die ständige Nähe zu unterstützen.
NM68	Abschiedsraum		Die Klinik verfügt über einen separaten Abschiedsraum. Auf Wunsch der Angehörigen wird der:die Verstorbene durch eine Bestattungsfirma dort aufgebahrt und die Angehörigen können sich in Ruhe verabschieden.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Individuelle und besondere Essenszusammenstellungen sind aufgrund des Schöpfsystems möglich.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Jede Station verfügt über mehrere Zwei-Bett-Zimmer.



NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	Es besteht die Möglichkeit der kostenpflichtigen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	Es werden regelmäßig Vorträge und Informationsveranstaltungen zu speziellen Themen angeboten. Unseren Patient:innen ist es möglich, daran teilzunehmen. Zusätzlich werden von allen Kliniken Patient:innenforen zur Aufklärung verschiedenster Krankheitsbilder außerhalb des Krankenhauses angeboten.
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Unsere Grünen Damen nehmen unsere Patient:innen in der Zentralen Patient:innenaufnahme in Empfang, unterstützen sie bei der Erledigung von Formalitäten und begleiten sie auf Station.
NM42	Seelsorge	In unserem Haus sind evangelische und katholische Seelsorger:innen tätig und kommen auf Wunsch zu den Patient:innen. Für Patient:innen, die einer anderen Religion oder Glaubensgemeinschaft angehören, ist es uns jederzeit möglich, Seelsorger:innen der jeweiligen Religion zu vermitteln.
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	Informationen zum Patient:innenentertainment liegen in den Patient:innenzimmern aus.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Funktion	Koordinatorin für besondere Patient:innengruppen
Titel, Vorname, Name	Christine Nisch
Telefon	0371/430-1101
Fax	0371/430-1100
E-Mail	christine.nisch@ediacon.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	Unsere grünen Damen nehmen die Patient:innen in der Zentralen Aufnahme in Empfang und unterstützen und begleiten sie.
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	alle Fahrstühle sind rollstuhlgerecht bedienbar
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	in allen Bereichen vorhanden
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Drei Zimmer auf einer Station sind speziell für an Demenz erkrankte Patient:innen eingerichtet und mit Piktogrammen versehen.
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Drei Zimmer auf einer Station sind speziell für an Demenz erkrankte Patient:innen eingerichtet. Mittels besonderer Farb- und Lichtgestaltung, gesonderter Zimmerausstattung und spezieller Wandgestaltung soll diesen Patient:innen die örtliche und zeitliche Orientierung erleichtert werden.
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Unsere Koordinatorin für besondere Patient:innengruppen wird bei der Betreuung von Patient:innen mit Demenz hinzugezogen und begleitet und gestaltet in Zusammenarbeit mit Angehörigen und Pflegepersonal den gesamten Krankenhausaufenthalt.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Bei Bedarf können Betten für Übergewichtige und Matratzen in Übergröße bestellt werden. Bettverlängerungen sind im Haus vorhanden.
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	



BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Bei Bedarf ist eine Beschaffung jederzeit über externe Firmen möglich.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Bei Bedarf ist eine Beschaffung jederzeit über externe Firmen möglich.
BF24	Diätische Angebote	In unserer hauseigenen Küche nehmen die Mitarbeiter:innen bei der Speisenzubereitung Rücksicht auf Diabetiker u. Patient:innen, denen spez. Ernährungspläne aus Krankheitsgründen verordnet wurden. Durch unsere Ernährungsberatung kann den Patient:innen bei der Essensauswahl beratend zur Seite gestanden werden.
BF25	Dolmetscherdienst	Es stehen Dolmetscher:innen innerhalb der Mitarbeiter:innen (Russisch, Englisch, Slowakisch, Tschechisch, Ungarisch, Spanisch, Georgisch, Griechisch, Rumänisch) sowie externe Dolmetscherdienste zur Verfügung. Es liegen Patient:inneninformationen in englischer und russischer Sprache vor.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	



A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	in allen Kliniken sowie in der Notaufnahme möglich
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	



A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	300

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	13971
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

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: 85,87

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	83,17	
Nicht Direkt	2,7	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 60,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	60,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	57,88	
Nicht Direkt	2,7	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,85

Kommentar: Bereich Zentrale Notaufnahme

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,85	Bereich: Zentrale Notaufnahme
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,85	Bereich: Zentrale Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,85

Kommentar: Bereich Zentrale Notaufnahme

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,85	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 230,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	230,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	229,76	
Nicht Direkt	0,4	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 75,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	75,1	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Case Management, OP
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	75,1	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Case Management, OP
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 11,6



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,6	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,6	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Notaufnahme
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,6	Bereiche: Zentrale Aufnahme, Notaufnahme
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 14,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,55	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,13	Allgemeine Stationskostenstelle
Ambulant	0	Allgemeine Stationskostenstelle

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,13	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften



Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,67	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,67	OP-Mitarbeiter
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,67	OP-Mitarbeiter
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,75



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Anzahl Vollkräfte: 8,01

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,01	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 1,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,72	
Nicht Direkt	0	

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,36	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement



Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 11,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,14	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,12	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,12	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 3,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,46	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,98

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,98	
Nicht Direkt	0	

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP59 - Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Anzahl Vollkräfte: 0,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,97	
Nicht Direkt	0	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswidrigen Qualitätsmanagements

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Miriam Haubold
Telefon	0371/430-1038
Fax	0371/430-1127
E-Mail	miriam.haubold@ediacon.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1236
Fax	0371/430-1204
E-Mail	peter.wolf@ediacon.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

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



A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risikomanagementhandbuch Datum: 18.07.2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verfahrensanweisung Medizinisches Notfallmanagement Datum: 04.03.2020
RM05	Schmerzmanagement	Name: Verfahrensanweisung Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 01.04.2019
RM06	Sturzprophylaxe	Name: VA Sturzmanagement Datum: 18.03.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Verfahrensanweisung Dekubitusmanagement Datum: 21.02.2011
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Verfahrensanweisung Patientensicherheit und Fixierung Datum: 27.08.2013
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	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: OP-Statut Datum: 19.03.2021
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Empfehlungen für Patientensicherheit + OP-Statut Datum: 19.03.2021
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Standards und Checklisten Aufwachraum Datum: 09.11.2020
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Verfahrensanweisung Entlassmanagement Datum: 05.11.2020

A-12.2.3.1 **Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	In den verschiedenen Klinikbereichen konnten u. a. Arbeitsabläufe optimiert werden. Das bewusste Erkennen von Schwachstellen bei der Sicherheit für Patient:innen und Personal wurde gestärkt. Beispiele umgesetzter Maßnahmen zur Verbesserung der Patient:innensicherheit - Einführung von Patient:innenarmbändern - zusätzliche Schulungen zu verschiedenen Themen (z.B. Hygiene, Arzneimittel) - Verbesserung in apparativer Ausstattung



Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	31.07.2017
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion Ärztlicher Direktor

Titel, Vorname, Name CA Dr. med. Peter Wolf

Telefon 0371/430-1236

Fax 0371/430-1204

E-Mail peter.wolf@ediacon.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 Antibiotikaphylaxe 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 Teilweise

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe Teilweise

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 Wundaufgabe Ja

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

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Aufgrund der Corona-Pandemie war es nicht möglich, den exakten Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln für 2020 zu ermitteln.

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Nein

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Nein

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Nein



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

MRSA

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

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS OP-KISS	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Alle neu eingestellten Mitarbeiter:innen werden zeitnah durch die Hygienefachkraft geschult. Außerdem werden jährlich mehrere Schulungen zum Thema Hygiene angeboten (u. a. Pflichtfortbildungen).
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE-Netzwerk Sachsen (AG Surveillance und Antibiotika-Strategie)	Teilnahme durch hygienebeauftragte Ärztin:innen



A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Beschwerden und Anregungen/Ideen von Patient:innen sowie auch von Mitarbeiter:innen der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz werden entgegengenommen und systematisch vom Krankenhausdirektorium bearbeitet. Lösungsorientiertes Handeln und konsequente Einbeziehung der Mitarbeiter:innen stehen bei der Beschwerdebearbeitung im Mittelpunkt. Ziel ist es, Unzufriedenheiten zu erkennen, Ursachen gemeinsam mit den Beteiligten zu analysieren, Maßnahmen zu erarbeiten und zu kommunizieren.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Das Beschwerdemanagement ist durch eine Verfahrensanweisung schriftlich geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit mündlichen Beschwerden ist schriftlich geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist schriftlich geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Der: die Beschwerdeführer:in erhält den Eingang der Beurteilung, sofern die Kontaktdaten vorhanden sind, unverzüglich bestätigt.
Regelmäßige Einweiserbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle drei Jahre führen wir eine Zufriedenheitsbefragung unserer niedergelassenen Ärzt:innene durch. Die Ergebnisse werden dem Krankenhausdirektorium und den Chefärzt:innen vorgestellt und daraus Maßnahmen abgeleitet.
Regelmäßige Patientenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Befragungen sind ein wichtiger Indikator für die Zufriedenheit unserer Patient:innen, sowohl mit der Behandlung als auch mit den Gegebenheiten in unserem Krankenhaus. Wir führen kontinuierliche Patient:innenbefragungen mittels Fragebogen durch und werten diese monatlich aus.
Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden		
Möglich	Ja	
Link		
Kommentar		



Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	theologischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Michael Veihelmann
Telefon	0371/430-1003
Fax	0371/430-1034
E-Mail	michael.veihelmann@ediacon.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person AMTS

Funktion	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1236
Fax	0371/430-1204
E-Mail	peter.wolf@ediacon.de



A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

Erläuterungen

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patient:innenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patient:innen als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patient:inneninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.08.2017
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	

A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

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



AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus
AA32	Szintigraphiescanner/Gamma sonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	Ja	Radiologische Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Ja
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wolf
Telefon	0371/430-1201
Fax	0371/430-1204
E-Mail	anaesthesie@bethanien-sachsen.de
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	http://www.bethanien-chemnitz.de/

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VX00	Schmerztherapie	Die multimodale stationäre Schmerztherapie ist für Patient:innen mit chronischen Schmerzzuständen geeignet. In der Klinik ist ein innerklinischer Schmerzdienst etabliert, bestehend aus pflegerischem und ärztlichem Personal.
VU15	Dialyse	Hämodialyse (CVVHD/F auf ITS)



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

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	nicht bettenführende Abteilung

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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



Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 20,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,36	
Nicht Direkt	0,78	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,92	
Nicht Direkt	0,78	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 36,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung



Anzahl Vollkräfte: 1,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie

B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

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

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt Rheumatologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Frank Heldmann
Telefon	0371/430-1601
Fax	0371/430-1604
E-Mail	rheumatologie@bethanien-sachsen.de
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	http://www.bethanien-chemnitz.de/



B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	nur Diagnostik
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Rheumaambulanz, Chefarztsprechstunde, CED
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	



B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3951
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J18	241	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
2	M06	202	Sonstige anhaltende (chronische) Entzündung mehrerer Gelenke
3	M05	167	Anhaltende (chronische) Entzündung mehrerer Gelenke mit im Blut nachweisbarem Rheumafaktor
4	L40	147	Schuppenflechte - Psoriasis
5	M34	147	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen - Systemische Sklerose
6	I50	129	Herzschwäche
7	M35	115	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift
8	K29	98	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
9	E86	97	Flüssigkeitsmangel
10	I10	85	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
11	J12	85	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
12	D12	84	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus
13	K80	73	Gallensteinleiden
14	K85	73	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
15	A09	71	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1117	Pflegebedürftigkeit
2	1-632	820	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-650	612	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	1-440	596	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	3-225	337	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
6	5-513	334	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
7	3-222	303	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
8	5-452	300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
9	1-710	246	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
10	1-711	234	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird



11	1-444	220	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
12	3-200	208	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
13	8-547	197	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems
14	8-983	191	Fachübergreifende Rheumabehandlung
15	5-469	187	Sonstige Operation am Darm

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarztsprechstunde, Rheumatologie

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

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

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

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

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

Kommentar Behandlung und Betreuung von Patient:innen mit Krankheitsbildern des gesamten rheumatologischen Formkreises (VX00)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,45

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,53	
Nicht Direkt	1,92	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 184,1958

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,23	
Nicht Direkt	1,92	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 354,34978

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-2.11.2 *Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 29,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,11	
Nicht Direkt	0,1	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 135,2619

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre



Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3951

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1975,5



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr. Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

PQ05 Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr. Zusatzqualifikation

ZP03 Diabetesberatung (DDG)

ZP04 Endoskopie/Funktionsdiagnostik

ZP08 Kinästhetik

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Fachabteilungsschlüssel 1500

Art Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion Chefärztin

Titel, Vorname, Name Dr. med. Dagmar Burchert

Telefon 0371/430-1301

Fax 0371/430-1304

E-Mail chirurgie@bethanien-sachsen.de

Straße/Nr Zeisigwaldstraße 101

PLZ/Ort 09130 Chemnitz

Homepage <http://www.bethanien-chemnitz.de/>

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja



B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Spezialsprechstunde
VC62	Portimplantation
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VG05	Endoskopische Operationen
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VR06	Endosonographie

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1204
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	172	Gallensteinleiden
2	K57	145	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
3	C20	96	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
4	K35	93	Akute Blinddarmentzündung
5	K40	83	Leistenbruch (Hernie)
6	K56	69	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
7	C18	52	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
8	K61	32	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
9	K43	30	Bauchwandbruch (Hernie)



10	D12	29	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters
11	K59	29	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
12	C21	25	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs
13	L05	24	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
14	T81	20	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
15	L02	17	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	334	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
2	5-98c	269	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
3	5-469	221	Sonstige Operation am Darm
4	5-511	212	Operative Entfernung der Gallenblase
5	8-831	178	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
6	1-654	155	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung
7	9-984	148	Pflegebedürftigkeit
8	5-932	139	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung
9	8-980	132	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
10	8-931	125	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
11	3-207	106	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
12	5-455	103	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
13	8-839	102	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)
14	5-470	92	Operative Entfernung des Blinddarms
15	8-190	90	Spezielle Verbandstechnik

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart

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

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	13	Sonstige Operation an Blutgefäßen
2	5-534	6	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
3	5-491	4	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
4	5-401	< 4	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
5	5-482	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After
6	5-490	< 4	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters



7	5-493	< 4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
8	5-536	< 4	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)
9	5-881	< 4	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse

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: 9,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 129,46237

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,71

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,16083

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF13	Homöopathie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,02	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 133,48115

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 549,77169

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement



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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 **Klinik für Urologie**

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-4.3 **Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Nr. Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

VC20	Nierenchirurgie
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VG16	Urogynäkologie
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VU00	ESWT bei IPP
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems



VU08	Kinderurologie
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialsprechstunde
VU17	Prostatazentrum
VU18	Schmerztherapie
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5454
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C67	760	Harnblasenkrebs
2	N13	738	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
3	N30	634	Entzündung der Harnblase
4	C61	566	Prostatakrebs
5	N40	458	Gutartige Vergrößerung der Prostata
6	N20	429	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
7	R31	184	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
8	N35	124	Verengung der Harnröhre
9	N32	110	Sonstige Krankheit der Harnblase
10	C64	90	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs
11	N10	81	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen
12	N47	81	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut
13	C62	72	Hodenkrebs
14	N17	68	Akutes Nierenversagen
15	N45	66	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-132	2767	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
2	8-137	1580	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
3	1-661	1564	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
4	3-13d	1197	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel
5	9-984	1123	Pflegebedürftigkeit



6	5-573	865	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
7	3-05c	740	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After
8	3-207	658	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
9	5-562	454	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung
10	1-465	433	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
11	5-550	423	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung
12	5-601	383	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
13	3-225	349	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
14	5-579	329	Sonstige Operation an der Harnblase
15	8-139	283	Sonstiger Eingriff an Niere, Harnleiter, Blase bzw. Harnröhre

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

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

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	395	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene
2	5-640	12	Operation an der Vorhaut des Penis
3	8-110	11	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen
4	1-661	4	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
5	5-570	< 4	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung
6	5-581	< 4	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges
7	5-624	< 4	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack

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: 16,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 328,15884

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 537,86982



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie

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: 33,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	33,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 161,79175

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 10908

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2609,56938

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



B-5 Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Torsten Prietzel
Telefon	0371/430-1501
Fax	0371/430-1504
E-Mail	orthopaedie-traumatologie@bethanien-sachsen.de
Straße/Nr	Zeisigwaldstraße 101
PLZ/Ort	09130 Chemnitz
Homepage	http://www.bethanien-chemnitz.de/

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr. Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels



VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Amputationschirurgie
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO12	Kinderorthopädie
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3362
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	332	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S06	233	Verletzung des Schädelinneren
3	M16	230	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
4	M17	226	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
5	M54	204	Rückenschmerzen
6	M48	180	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
7	M51	157	Sonstiger Bandscheibenschaden



8	T84	148	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
9	S00	124	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
10	S42	113	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
11	S52	106	Knochenbruch des Unterarmes
12	S32	101	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
13	S22	95	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
14	S82	93	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
15	M50	49	Bandscheibenschaden im Halsbereich

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1098	Pflegebedürftigkeit
2	3-200	550	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	5-86a	506	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen
4	5-839	462	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
5	3-203	450	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
6	5-032	426	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
7	5-984	373	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
8	5-820	371	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
9	3-802	346	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
10	8-800	306	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
11	5-794	298	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
12	5-896	248	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
13	5-900	229	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
14	5-831	221	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
15	5-822	219	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Ambulanzart D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)



Ambulanzart

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	34	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-810	21	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
3	5-812	12	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
4	5-056	7	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
5	5-795	6	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
6	5-790	4	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
7	5-796	4	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
8	5-811	4	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
9	1-697	< 4	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
10	5-041	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Ja

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,51	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 192,00457

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 258,01995

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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



B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 46,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	46,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	46,07	
Nicht Direkt	0,3	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 72,50377

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,11	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 657,92564

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6465,38462

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,83	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 696,06625

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische 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
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG)	12	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	286	100,0	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	6	100,0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	< 4	< 4	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	405	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	366	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	41	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	139	100,0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	238	100,0	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	215	100,0	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	23	100,0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	300	100,0	

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 bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt*



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	286
Beobachtete Ereignisse	284
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,73 - 98,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,49 - 99,81%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	205
Beobachtete Ereignisse	204
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,51%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,63 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,29 - 99,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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	285
Beobachtete Ereignisse	283
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,30%
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	98,79 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,48 - 99,81%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	203
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,51%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,28 - 99,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	



Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 97,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	199
Beobachtete Ereignisse	174
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,44%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,08 - 93,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,11 - 91,34%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A99
Kommentar beauftragte Stelle	Sowohl Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
Kommentar Krankenhaus	Sowohl begründete Einzelfälle sowie auch Defizite in den Strukturen und Abläufen haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. Letztere wurden klinikübergreifend in den Ärzte- u. Pflegeteams kommuniziert sowie die Abläufe im Behandlungsverlauf der Patienten:innen optimiert.



Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	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	232003_2009
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	204
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	73,12%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	82,89 - 83,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,63 - 77,98%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich der:die Patient:in alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	157
Beobachtete Ereignisse	154
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,09%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,49 - 92,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,53 - 99,35%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich der:die Patient:in alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	119
Beobachtete Ereignisse	116
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,48%
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,85 - 99,14%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
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:die Patient:in ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	128
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,28%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 96,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,03 - 92,55%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41
Kommentar Krankenhaus	Sowohl Dokumentationsfehler als auch Defizite in den Strukturen und Abläufen haben in einzelnen Fällen das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. Diese Auffälligkeiten wurden im Pflege- und Ärzteteam kommuniziert und anschließend die Abläufe zur Dokumentation sowie zur Vitalparametererhebung optimiert.
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	85,47%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,77 - 96,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,96 - 90,73%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patient:innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren.
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	128
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,62 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,09 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patient:innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,57 - 98,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,30 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

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	286
Beobachtete Ereignisse	277
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,85%



Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,69 - 96,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,13 - 98,34%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	205
Beobachtete Ereignisse	204
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,51%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,63 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,29 - 99,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	200
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	14,07
Ergebnis (Einheit)	1,42
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,93 - 2,12
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)



Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	280
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	26,05
Ergebnis (Einheit)	1,69
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,28 - 2,20
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	11,98
Ergebnis (Einheit)	2,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,41 - 2,72
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patient:innen wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	205
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,22%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,35 - 15,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,59 - 16,27%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	



Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patient:innen wurden nicht berücksichtigt).
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	286
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	16,78%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,92 - 17,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,90 - 21,55%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

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 kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,23 - 88,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt



Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,35 - 8,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 123,43
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U32

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie 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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie 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)	$\leq 44,70\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,41 - 20,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)
Ergebnis-ID	2190
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,02 - 0,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 23,84%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen). 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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,24
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,77$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,80 - 18,78
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41
Kommentar beauftragte Stelle	Bei Prozess- und Dokumentationsmängeln verzichtet der Leistungserbringer seit 2019 auf die Selbsterbringung von Herzschrittmacherimplantationen und -wechseln, sondern realisiert diese über Verbringungsleistungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,14$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 145,16
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,29$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,18
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 47,99
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,73 - 89,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	10



Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	59,58 - 98,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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)	1,50 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,43 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,51 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,07 - 0,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt



Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 10,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,68 - 1,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)

Herzschrittmacher-Implantation

Bezeichnung des Qualitätsindikators

Dosis-Flächen-Produkt

Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)

Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,44$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,67
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,60\%$



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U33

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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	54,68 - 55,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,02 - 94,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patient:innen, 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 Patient:innen)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	342
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,92
Ergebnis (Einheit)	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 2,05
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	243
Beobachtete Ereignisse	234
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,58 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,11 - 98,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	42
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,62%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,02 - 93,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,68 - 99,58%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,56%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,11 - 10,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,36 - 12,41%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	319
Beobachtete Ereignisse	312
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,81%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,54 - 98,93%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	356
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	17,42
Ergebnis (Einheit)	1,61
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,12 - 2,27
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patient:innen mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	228
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,66%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patient:innen, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (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	122
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	11,70
Ergebnis (Einheit)	0,43
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,18 - 0,96
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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 zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	243
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,53%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,42 - 1,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,55 - 7,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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)	$\leq 19,26\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,59 - 7,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	122
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,92%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 11,54\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,56 - 4,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,27 - 10,32%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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	243
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,06%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,88 - 4,73%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patient:innen, 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	42
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	4,39
Ergebnis (Einheit)	1,59
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,79 - 2,92
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patient:innen, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	5,53
Ergebnis (Einheit)	1,45
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,74 - 2,74
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,32%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,99 - 9,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	139
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,47%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,86 - 11,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,44 - 11,85%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	21,23
Ergebnis (Einheit)	1,51
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,16 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,11 - 1,98
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen 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 Patient:innen)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	12



Erwartete Ereignisse	11,06
Ergebnis (Einheit)	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,63 - 1,82
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	139
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	5,20
Ergebnis (Einheit)	1,54
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,79 - 2,92
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02

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	125
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,16 - 97,44%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,98 - 98,28%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,44 - 4,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	178
Beobachtete Ereignisse	175
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,31%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,16 - 99,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	33



Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,17 - 97,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,57 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	24
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,01 - 94,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,20 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patient:innen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,50
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,95$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 8,37
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 - 1,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

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	213
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,76%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,92 - 7,23%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10



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	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,09 - 4,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patient:innen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patient:innen mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A42
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um einen Behandlungsfall, der im Rahmen einer Morbiditäts- & Mortalitätskonferenz fachrichtungsübergreifend analysiert wurde. Das Ergebnis der Fallanalyse ergab, dass sich das Versterben aus patientenindividuellen Faktoren erklärt.



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	224
Beobachtete Ereignisse	224
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 98,27$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,67 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patient:innen mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 29,31$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	59,52 - 59,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01



Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patient:innen, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 56,95 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	31,05 - 31,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U62

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patient:innen mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56003
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 45,16 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	72,11 - 73,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01



Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patient:innen mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56004
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,98 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,01 - 4,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,86
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,92
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,13
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56006



Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,89
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,83 % (90. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,38 - 0,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,25%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,57 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,16 - 5,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,93 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,56 - 19,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01



Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Ergebnis-ID	56011
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 27,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,25 - 12,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,36 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,63 - 93,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	



Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 89,23 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,41 - 94,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U62

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patient:innen, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patient:innen, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patient:innen)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	13668
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	41,04
Ergebnis (Einheit)	2,44
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,00 - 2,96
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41
Kommentar Krankenhaus	Jeder erworbene Dekubitalulcus wurde einer Fallanalyse unterzogen. Die Ergebnisse wurden in den Pflegeteams kommuniziert und daraufhin die Abläufe in der Dekubitusprophylaxe, der Behandlungspflege sowie in der Dokumentation optimiert.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patient:innen, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	13668



Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patient:innen, 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	13668
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,67%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,55 - 0,82%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patient:innen, 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	13668
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,04%
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 0,10%

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens

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

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

A41	= Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
A42	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D50	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D51	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D80	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H20	= Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
H99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	= Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	= Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	= Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
S90	= Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
S91	= Strukturiertes Dialog noch nicht abgeschlossen
S92	= Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U31	= Besondere klinische Situation
U32	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U33	= Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U34	= zureichend
U61	= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	= Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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:

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothese
Ergebnis	3 Wundinfektion A3 bei insgesamt 244 Operationen
Messzeitraum	Januar 2020 - Dezember 2020
Datenerhebung	nur elektive Operationen, ohne Duokopfprothese, ohne Wechselendoprothese, ohne Akutversorgung hüftgelenksnaher Femurfrakturen

Rechenregeln

Referenzbereiche

Vergleichswerte

Quellenangaben

Leistungsbereich:

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leistenhernie
Ergebnis	keine Wundinfektion bei 96 Operationen
Messzeitraum	Januar 2020 - Dezember 2020

Datenerhebung

Rechenregeln

Referenzbereiche

Vergleichswerte

Quellenangaben

Leistungsbereich:

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prostatektomie
Ergebnis	1 Wundinfektion A2 bei 111 Operationen
Messzeitraum	Januar 2020 - Dezember 2020

Datenerhebung

Rechenregeln

Referenzbereiche

Vergleichswerte

Quellenangaben

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.



C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	184
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	11

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja

Organsystem Pankreas

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: Ja

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020: 184

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 195

Organsystem Pankreas

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: Ja

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020: 11

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 12

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt Nein

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt Nein



C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden Nein

Organsystem Pankreas

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden 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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	72
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	24
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	24

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Intensivmedizin	Station 1	Tagschicht	100,00%	0	
Intensivmedizin	Station 1	Nachtschicht	71,43%	1	kurzfristiger, krankheitsbedingter Personalausfall
Unfallchirurgie	Station 7	Tagschicht	100,00%	0	
Unfallchirurgie	Station 7	Nachtschicht	100,00%	0	
Unfallchirurgie	Station 10	Tagschicht	50,00%	0	



Unfall- chirurgie	Station 10	Nachtschicht	100,00%	0
Unfall- chirurgie	Station 6 Intermediate Care	Tagschicht	100,00%	0
Unfall- chirurgie	Station 6 Intermediate Care	Nachtschicht	100,00%	0
Unfall- chirurgie	Station 8	Tagschicht	100,00%	0
Unfall- chirurgie	Station 8	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensiv- medizin	Station 1	Tagschicht	92,49%
Intensiv- medizin	Station 1	Nachtschicht	60,56%
Unfall- chirurgie	Station 7	Tagschicht	68,33%
Unfall- chirurgie	Station 7	Nachtschicht	50,00%
Unfall- chirurgie	Station 10	Tagschicht	45,00%
Unfall- chirurgie	Station 10	Nachtschicht	80,00%
Unfall- chirurgie	Station 6 Intermediate Care	Tagschicht	100,00%
Unfall- chirurgie	Station 6 Intermediate Care	Nachtschicht	100,00%
Unfall- chirurgie	Station 8	Tagschicht	75,00%
Unfall- chirurgie	Station 8	Nachtschicht	48,33%



D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen 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, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION 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.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Sie tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf. 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 Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft. Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb 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

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

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

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

Die Einhaltung der Patient:innensicherheit 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
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und -standards
- Critical Incident Reporting System (CIRS)

Zertifizierungen

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



Zertifiziert nach DIN EN ISO
9001 : 2015



Zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum
der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



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



Zertifiziert lokales Traumazentrum des
TraumaNetzwerk DGU®



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



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

Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem Meinungsgeber eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde.





Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.

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

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

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

Befragungen

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzt:innen und dem Krankenhaus
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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



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 2020 unter anderem die drei folgenden:

OP-Analyse

Im Rahmen des Prozessmanagements der AGAPLESION wurde eine OP-Analyse durchgeführt. Die Ergebnisse waren überwiegend positiv und bestätigen die effiziente Organisation des Zentral-OP (ZOP) und des ambulanten OP (ZOP). Besonders lobend wurde das Nutzungskonzept zwischen AOP und ZOP erwähnt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine gezielte Verlagerung von Eingriffen in den AOP umgesetzt wird.

Relaunch Website

Im Jahr 2020 fand ein Website-Relaunch für die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz statt. Die neue Website steht nun responsiv zur Verfügung. Darüber hinaus wurden Maßnahmen zur Suchmaschinenoptimierung ergriffen sowie die Möglichkeit einer niederschweligen Kontaktaufnahme für das Recruiting neuer Mitarbeiter:innen geschaffen.

E-Medikation

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

Elektronische Aufklärung

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