

Westküstenklinikum Brunsbüttel

Qualitätsbericht 2023

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2023

QBx

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Björn-Ola Fechner
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Abteilung für Organisation, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation und Study Nurse
Telefon: 0481 / 785 - 1015
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: bfechner@wkk-hei.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Dr. med. Martin Blümke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0481 / 785 - 1001
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: info@wkk-bru.de

Weiterführende Links

Homepage: <http://www.westkuestenklinikum.de/>

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|----|
| | Einleitung | 2 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts | 9 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 10 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 12 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 12 |
| A-4 | [unbesetzt] | 12 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 12 |
| A-6 | Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 14 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 16 |
| A-7.1 | Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | 16 |
| A-7.2 | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | 16 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 18 |
| A-8.1 | Forschung und akademische Lehre | 18 |
| A-8.2 | Ausbildung in anderen Heilberufen | 18 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 19 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 19 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 19 |
| A-11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 19 |
| A-11.2 | Pflegepersonal | 20 |
| A-11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik | 25 |
| A-11.3.1 | Therapeutisches Personal | 25 |
| A-11.3.2 | Genesungsbegleitung | 25 |
| A-11.4 | Spezielles therapeutisches Personal | 25 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 27 |
| A-12.1 | Qualitätsmanagement | 27 |
| A-12.1.1 | Verantwortliche Person | 27 |

| | | |
|------------|---|----|
| A-12.1.2 | Lenkungsgremium | 27 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement | 27 |
| A-12.2.1 | Verantwortliche Person | 27 |
| A-12.2.2 | Lenkungsgremium | 28 |
| A-12.2.3 | Instrumente und Maßnahmen | 28 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems | 29 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungswbergreifenden Fehlermeldesystemen | 30 |
| A-12.3 | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 30 |
| A-12.3.1 | Hygienepersonal | 30 |
| A-12.3.2 | Weitere Informationen zur Hygiene | 31 |
| A-12.3.2.1 | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen | 31 |
| A-12.3.2.2 | Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie | 32 |
| A-12.3.2.3 | Umgang mit Wunden | 32 |
| A-12.3.2.4 | Händedesinfektion | 33 |
| A-12.3.2.5 | Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) | 33 |
| A-12.3.2.6 | Hygienebezogenes Risikomanagement | 33 |
| A-12.4 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 34 |
| A-12.5 | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) | 35 |
| A-12.5.1 | Verantwortliches Gremium | 35 |
| A-12.5.2 | Verantwortliche Person | 36 |
| A-12.5.3 | Pharmazeutisches Personal | 36 |
| A-12.5.4 | Instrumente und Maßnahmen | 36 |
| A-12.6 | Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 38 |
| A-12.6.1 | Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen | 39 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 40 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 40 |
| A-14.1 | Teilnahme an einer Notfallstufe | 41 |
| A-14.2 | Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 41 |
| A-14.3 | Teilnahme am Modul Spezialversorgung | 41 |
| A-14.4 | Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 41 |

| | | |
|------------|---|----|
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 42 |
| B-1 | Abteilung für Innere Medizin | 44 |
| B-1.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 44 |
| B-1.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 44 |
| B-1.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 44 |
| B-1.4 | [unbesetzt] | 48 |
| B-1.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 48 |
| B-1.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 48 |
| B-1.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 49 |
| B-1.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 50 |
| B-1.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 51 |
| B-1.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 52 |
| B-1.11 | Personelle Ausstattung | 52 |
| B-1.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 52 |
| B-1.11.2 | Pflegepersonal | 53 |
| B-2 | Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel | 57 |
| B-2.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 57 |
| B-2.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 57 |
| B-2.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 58 |
| B-2.4 | [unbesetzt] | 62 |
| B-2.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 62 |
| B-2.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 62 |
| B-2.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 63 |
| B-2.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 64 |
| B-2.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 65 |
| B-2.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 66 |
| B-2.11 | Personelle Ausstattung | 66 |
| B-2.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 66 |
| B-2.11.2 | Pflegepersonal | 67 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| B-3 | Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel | 71 |
| B-3.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 71 |
| B-3.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 71 |
| B-3.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 71 |
| B-3.4 | [unbesetzt] | 71 |
| B-3.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 72 |
| B-3.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 72 |
| B-3.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 72 |
| B-3.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 76 |
| B-3.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 76 |
| B-3.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 77 |
| B-3.11 | Personelle Ausstattung | 77 |
| B-3.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 77 |
| B-3.11.2 | Pflegepersonal | 78 |
| B-3.11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 81 |
| B-4 | Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel | 82 |
| B-4.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 82 |
| B-4.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 82 |
| B-4.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 82 |
| B-4.4 | [unbesetzt] | 82 |
| B-4.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 82 |
| B-4.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 83 |
| B-4.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 83 |
| B-4.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 83 |
| B-4.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 83 |
| B-4.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 83 |
| B-4.11 | Personelle Ausstattung | 83 |
| B-4.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 83 |
| B-4.11.2 | Pflegepersonal | 84 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| B-5 | Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel | 88 |
| B-5.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 88 |
| B-5.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 88 |
| B-5.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 88 |
| B-5.4 | [unbesetzt] | 89 |
| B-5.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 89 |
| B-5.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 89 |
| B-5.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 89 |
| B-5.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 89 |
| B-5.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 90 |
| B-5.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 90 |
| B-5.11 | Personelle Ausstattung | 90 |
| B-5.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 90 |
| B-5.11.2 | Pflegepersonal | 91 |
| B-5.11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 93 |
| B-6 | Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel | 95 |
| B-6.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 95 |
| B-6.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 95 |
| B-6.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 96 |
| B-6.4 | [unbesetzt] | 96 |
| B-6.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 96 |
| B-6.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 97 |
| B-6.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 97 |
| B-6.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 98 |
| B-6.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 98 |
| B-6.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 98 |
| B-6.11 | Personelle Ausstattung | 98 |
| B-6.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 98 |
| B-6.11.2 | Pflegepersonal | 99 |

| | | |
|----------|--|-----|
| C | Qualitätssicherung | 102 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 103 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 103 |
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung | 105 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 142 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 142 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 142 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 142 |
| C-5.1 | Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr | 142 |
| C-5.2 | Angaben zum Prognosejahr | 143 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 143 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 143 |
| C-8 | Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr | 144 |
| C-8.1 | Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 144 |
| C-8.2 | Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 144 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) | 145 |
| C-9.1 | Zeitraum des Nachweises | 145 |
| C-9.2 | Vollständige und fristgerechte Nachweisführung | 145 |
| C-9.3a | Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie | 146 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 149 |



Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

QBX

A

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Name: Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH
Institutionskennzeichen: 260101865
Straße: Esmarchstraße 50
PLZ / Ort: 25746 Heide
Telefon: 0481 / 785 - 0
E-Mail: info@wkk-hei.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. med. Johann Hagenah
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 0481 / 785 - 0
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: info@wkk-hei.de

Pflegedienstleitung

Name: Sabine Holtorf
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin
Telefon: 0481 / 785 - 1151
Telefax: 0481 / 785 - 1159
E-Mail: info@wkk-hei.de

Verwaltungsleitung

Name: Dr. med. Martin Blümke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0481 / 785 - 1001
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: info@wkk-hei.de

Im Bericht dargestellter Standort

Name: Westküstenklinikum Brunsbüttel
Institutionskennzeichen: 260101865
Standortnummer: 771041000
Standortnummer (alt): 02
Straße: Delbrückstrasse 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel
E-Mail: info@wkk-bru.de

Ärztliche Leitung

Name: Dr. med. Thomas Thomsen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor
Telefon: 04852 / 980 - 6501
Telefax: 04852 / 980 - 6849
E-Mail: info@wkk-bru.de

Pflegedienstleitung

Name: Sabine Holtorf
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin
Telefon: 0481 / 785 - 1150
Telefax: 0481 / 785 - 1159
E-Mail: SHoltorf@wkk-hei.de

Verwaltungsleitung

Name: Jana Kemper
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Kaufmännische Leitung
Telefon: 04852 / 980 - 0
Telefax: 04852 / 980 - 6314
E-Mail: info@wkk-hei.de

Name: Sabine Rocker
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Standortleitung
 Telefon: 04852 / 980 - 0
 Telefax: 04852 / 980 - 6314
 E-Mail: info@wkk-hei.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Kreis Dithmarschen
 Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| MP53 | Aromapflege/-therapie | |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Psychoonkologischer Arbeitskreis, Palliativmedizin, Ethikkomitee, Fortbildungen zu Tod und Sterben, Zusammenarbeit mit dem Hospizverein Meldorf |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | http://www.westkuestenklinikum.de |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|---|
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP21 | Kinästhetik | Auf Anforderung durch Kooperationspartner in der Klinik möglich |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/ Bibliotherapie | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie | |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP62 | Snoezelen | |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Orthopädietechniker sind verfügbar in Kooperation mit Sanitätshäusern |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |

A-6 Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|---|
| NM02 | Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/ | |
| NM03 | Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/ | |
| NM05 | Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/ | |
| NM10 | Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/ | |
| NM11 | Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/ | |
| NM69 | Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/ | |
| NM07 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in | https://www.westkuestenklinikum.de/-medizin-pflege/zentren/-geburtszentrum/ueber-uns/ | |
| NM09 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/aufnahme-und-sprechstundenzentrum/ | bei med. Notwendigkeit kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich |

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|--|
| NM40 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/aufnahme-und-sprechstundenzentrum/ | |
| NM49 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | https://www.westkuestenklinikum.de/-bildungszentrum/ | Es gibt ein sehr umfangreiches Angebotsspektrum von Informationsveranstaltungen, die über das angegliederte Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen (BBG) koordiniert und gestaltet werden. |
| NM60 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | https://www.westkuestenklinikum.de/-medizin-pflege/medizinische-fachbereiche/psychiatrie/tagesklinik-fuer-psychiatrie-in-brunsbuettel/ | |
| NM66 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/speiseplaene/ | |
| NM42 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung | https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/seelsorge/ | Seelsorgerliche Begleitung der Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern wird angeboten |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Thies Brehmer
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Gebäudemanagement mit Bau und Technik
 Telefon: 0481 / 785 - 3004
 E-Mail: info@wkk-hei.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit |
|------|---|
| BF02 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |
| BF04 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung |
| BF05 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen |
| BF33 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| BF34 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |
| BF06 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen |
| BF08 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| BF09 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit |
|------|---|
| BF10 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher |
| BF11 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung |
| BF35 | Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen |
| BF37 | Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Aufzug mit visueller Anzeige |
| BF38 | Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Kommunikationshilfen |
| BF14 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen |
| BF17 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF18 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF19 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF20 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF21 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF22 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit |
|------------|--|
| BF25 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste |
| BF26 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal |
| BF29 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus |
| BF32 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung |
| BF41 | Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit: Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|--|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | Universitäten Kiel und Lübeck, Universität Hamburg |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|---|
| HB15 | Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA) | |
| HB10 | Hebamme und Entbindungspfleger | |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | http://www.westkuestenklinikum.de |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | in Kooperation |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | |

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| HB05 | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) | http://www.westkuestenklinikum.de |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | http://www.westkuestenklinikum.de |

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 130

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 4.227

Teilstationäre Fälle: 233

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 24.264

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 27,85 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 27,85 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 26,76 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 1,09 |

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Fachärztinnen und Fachärzte | 17,92 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 17,92 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 17,01 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,91 |
| Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) | 2 |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 66,96 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 66,96 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 66,96 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 1,9 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,9 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1,9 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 9,04 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 9,04 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 9,04 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 1,55 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,55 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1,55 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 2,17 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,17 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 2,17 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 5,6 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,6 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 5,6 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 5,19 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,19 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 5,19 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 1 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 21,1 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 21,1 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 21,1 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 16,1 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 16,1 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 16,1 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0,9 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,9 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,9 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0,72 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,72 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,72 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 0 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 1 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 5,19 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,19 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 5,19 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 11,23 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 11,23 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 11,23 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

| Therapeutisches Personal | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | 1,41 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,41 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,41 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten | 0,57 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,57 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,57 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl ¹ |
|------|--|---------------------|
| SP05 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | 6,43 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,43 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 6,43 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP06 | Erzieherin und Erzieher | 1,1 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,1 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 1,1 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl¹ |
|------------|---|---------------------------|
| SP55 | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) | 0,72 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,72 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 0,72 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP56 | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) | 3,42 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,42 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 3,42 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP16 | Musiktherapeutin und Musiktherapeut | 0,59 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,59 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 0,59 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP21 | Physiotherapeutin und Physiotherapeut | 0,78 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 0,78 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP23 | Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe | 1,41 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,41 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 1,41 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP26 | Sozialpädagogin und Sozialpädagoge | 0,87 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,87 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 0,87 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl ¹ |
|------|--|---------------------|
| SP28 | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement | 2,66 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,66 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 2,66 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| SP61 | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik | 0,38 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,38 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 0,38 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Björn-Ola Fechner
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Abteilung für Organisation, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation und Study Nurse
 Telefon: 0481 / 785 - 1015
 Telefax: 0481 / 785 - 1021
 E-Mail: bfechner@wkk-hei.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Regelmäßige Qualitätsgespräche mit allen verantwortlichen Personen
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Björn-Ola Fechner

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinischer Risikomanager

Telefon: 0481 / 785 - 1015

Telefax: 0481 / 785 - 1021

E-Mail: info@wkk-hei.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführung
 Funktionsbereiche: Krankenhausdirektorium
 Risikokoordinator
 Risikomanager
 Risikobeauftragte

Tagungsfrequenz: halbjährlich

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: VA Risikomanagement ID 656 Letzte Aktualisierung: 20.02.2023 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Verhalten bei hausinternen Notfällen ID: 479 Letzte Aktualisierung: 30.04.2021 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: Schmerzmanagement ID: 1868 Letzte Aktualisierung: 16.05.2024 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: 1 Leitlinie zum Expertenstandard Sturzprophylaxe ID 1698 Letzte Aktualisierung: 20.06.2024 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Verfahrensanweisung Systematisches Dekubitusmanagement ID 31672 Letzte Aktualisierung: 23.02.2024 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Patienten ID 552 Letzte Aktualisierung: 11.12.2021 |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Meldung Vorkommnis Medizinprodukte ID 630 Letzte Aktualisierung: 10.06.2024 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel Treffen der Qualitätsmanagementbeauftragten 6K KlinikVerbund Schleswig-Holstein Treffen der CIRS Arbeitsgruppe 6K KlinikVerbund Schleswig-Holstein Initiativ Reviews |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Name: Prävention Eingriffsverwechslung ID 625 Letzte Aktualisierung: 30.05.2023 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Name: Basis-Checkliste zur Vorbereitung op. Eingriffe ID 22892 Letzte Aktualisierung: 01.09.2022 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Name: Prävention von Eingriffsverwechslungen ID 627 Letzte Aktualisierung: 25.10.2022 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Name: Narkoseprotokoll ID 808 Letzte Aktualisierung: 12.10.2023 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Dienstanweisung Entlassungsmanagement ID:528 Letzte Aktualisierung: 22.07.2022 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|-----------------------------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | Letzte Aktualisierung: 23.01.2024 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | Frequenz: monatlich |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|----------------------|
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | Frequenz: bei Bedarf |

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

Folgende konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sind erfolgt:

*Anpassung Roxtra-Dokumentes in Bezug auf die Ausbildung der MFAs

*Umstieg auf andere Fixierungsmaterialien für Zentrale Venenkatheter

*Verfügbarkeit einer Schulung für das Medicosystem über Relias für Mitarbeitenden

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme |
|------|--|
| EF01 | CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer) |
| EF02 | CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer) |
| EF00 | 6K-AG CIRS (CIRS Arbeitsgruppe des 6K-Klinikverbundes Schleswig-Holstein) |

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | Anzahl ¹ | Kommentar / Erläuterung |
|---|---------------------|-------------------------|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker | 1 | Am Standort Heide |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 0 | Am Standort Heide |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 8 | |

¹ Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Christiane Sause
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Krankenhaushygiene-Infektiologie-Antibiotic-Stewardship-Expertin DGKH
 Telefon: 0481 / 785 - 1662
 Telefax: 0481 / 785 - 1509
 E-Mail: csause@wkk-hei.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: ja

| Der Standard thematisiert insbesondere | |
|---|----|
| Hygienische Händedesinfektion | ja |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | ja |
| Beachtung der Einwirkzeit | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch | ja |

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor: ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

| Der Standard thematisiert insbesondere | |
|---|----|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage) | ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener / adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft: ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

| Der Standard thematisiert insbesondere | |
|--|----|
| Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | ja |
| Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 35,41 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

| Der Standard thematisiert insbesondere | |
|---|----|
| Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹ | ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen | ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten | ja |

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|-------------------------|
| HM01 | Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten | http://www-westkuestenklinikum.de | |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS STATIONS-KISS | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Hybase der Firma Cymed AG DEVICE-KISS | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | https://www.westkuestenklinikum.de/ |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen | | https://www.westkuestenklinikum.de/patienten-besucher/hygiene/ |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Nr. | Lob- und Beschwerdemanagement | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| BM01 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | http://www.westkuestenklinikum.de |
| BM02 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | siehe hierzu Dokument "VA.Z.WKK.012-1 Ablauf Beschwerdemanagement" http://www.westkuestenklinikum.de |
| BM03 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | https://www.westkuestenklinikum.de/patienten-besucher/anregungen-lob-und-kritik/ |
| BM04 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Lob- und Beschwerdemanagement | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|
| BM05 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Der Ablauf des Beschwerdemanagements ist in einer Verfahrensanweisung definiert. |
| BM06 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | Nils Dreier Mitglied im Beschwerdeteam Telefon: 0481 / 785 - 4444 Telefax: 0481 / 785 - 1021 E-Mail: anregung@wkk-hei.de Ksenia Weisert Mitglied im Beschwerdeteam Telefon: 0481 / 785 - 4444 E-Mail: anregung@wkk-hei.de Janine Schipnewski Mitglied im Beschwerdeteam Telefon: 0481 / 785 - 4444 E-Mail: anregung@wkk-hei.de Link: http://www.westkuestenklinikum.de |
| BM08 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Postalisch möglich oder per Mail an anregung@wkk-hei.de |
| BM09 | Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt | Es werden kontinuierliche Patientenbefragungen durchgeführt und über den CLINOTEL-Verbund ausgewertet. Des Weiteren werden Zentrumsbefragungen über Evasys ausgewertet. |
| BM10 | Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt | In den zertifizierten Bereichen werden alle 3 Jahre regelhafte Einweiserbefragungen durchgeführt. Zudem werden in besonderen Bereichen punktuell Befragungen durchgeführt. |

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

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Matthias Klein
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Apotheker
 Telefon: 04331 / 200 - 7700
 E-Mail: mklein@schoen-klinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | Anzahl ¹ |
|------------------------------------|---------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 0 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

¹ Angabe in Personen

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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 Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittel-anamnese - Verordnung - Patienteninformation - 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 |
|------|---|--|
| AS01 | Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |
| AS02 | Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | |
| AS04 | Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS05 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | Name: 17353 Verfahrensanweisung zum Umgang mit Arzneimitteln vom 01.10.2019 Letzte Aktualisierung: 16.01.2024 |
| AS06 | Medikationsprozess im Krankenhaus: SOP zur guten Verordnungspraxis | Name: 17353 Verfahrensanweisung zum Umgang mit Arzneimitteln vom 01.10.2019 Letzte Aktualisierung: 16.01.2024 |
| AS07 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| AS08 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |
| AS09 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |
| AS10 | Medikationsprozess im Krankenhaus: 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) |
| AS11 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |
| AS12 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) |
| AS13 | Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen,

zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/ Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

ja

Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes:

| Nr. | Instrumente und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---|
| SK01 | Prävention: Informationsgewinnung zur Thematik | |
| SK02 | Prävention: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen | |
| SK03 | Prävention: Aufklärung | |
| SK04 | Prävention: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen | Letzte Überprüfung: 20.09.2023 ID44608 |
| SK05 | Prävention: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten | |
| SK06 | Prävention: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl | |
| SK07 | Prävention: Sonstiges | |
| SK08 | Intervention: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt | Letzte Überprüfung: 20.09.2023 ID44608 |

| Nr. | Instrumente und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---|
| SK09 | Intervention: Sonstiges | |
| SK10 | Aufarbeitung: Handlungsempfehlungen zum Umgang / zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle | Letzte Überprüfung: 20.09.2023 ID44608 |
| SK11 | Aufarbeitung: Sonstiges | |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h ¹ | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|-------------------------------------|---|
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| AA10 | Elektroenzephalographiergerät (EEG) | Hirnstrommessung | <input type="checkbox"/> | verfügbar über die neurologische Praxis |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | ——— ² | verfügbar über die neurologische Praxis |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | ——— ² | |

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfall-

strukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): ja

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:
Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausesplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: ja

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist 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: ja

B



Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

QBX

| | | |
|------------|--|-----------|
| B-1 | Abteilung für Innere Medizin | 44 |
| B-2 | Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel | 57 |
| B-3 | Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel | 71 |
| B-4 | Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel | 82 |
| B-5 | Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel | 88 |
| B-6 | Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel | 95 |

B-1 Abteilung für Innere Medizin

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Innere Medizin
 Schlüssel: Innere Medizin (0190)
 Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Thomsen Thomas
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: 04852 / 980 - 6301
 Telefax: 04852 / 980 - 6378
 E-Mail: info@wkk-bru.de
 Straße: Delbrückstr. 2
 PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
 Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|---|
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | http://www.westkuestenklinikum.de |
| 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 | ist vorhanden |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | auch über § 116 b SGB V |
| VI20 | Intensivmedizin | IMC |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI27 | Spezialsprechstunde | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|---|
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI35 | Endoskopie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI37 | Onkologische Tagesklinik | |
| VI38 | Palliativmedizin | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI39 | Physikalische Therapie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI40 | Schmerztherapie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VI43 | Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|---|
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|---|
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|---|
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|---|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VR02 | Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VR03 | Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VR04 | Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VR05 | Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR06 | Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie | |
| VR09 | Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren | |
| VR10 | Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VR11 | Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VR16 | Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|---|
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| VU15 | Dialyse | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche |
|------|--|
| VX00 | Palliativmedizin |

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2.652

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|------|-----|---|----------|
| 1 | I10 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache | 173 |
| 2 | I50 | Herzschwäche | 159 |
| 3 | E86 | Flüssigkeitsmangel | 132 |
| 4 | N39 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase | 96 |
| 5 | K29 | Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms | 88 |
| 6 | J44 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD | 84 |
| 7 | I48 | Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens | 81 |
| 8 | J15 | Lungenentzündung durch Bakterien | 77 |
| 9 | R07 | Hals- bzw. Brustschmerzen | 74 |
| 10 | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps | 58 |

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 1 | 1-632 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung | 528 |
| 2 | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 467 |
| 3 | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie | 230 |
| 4 | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung | 119 |
| 5 | 1-653 | Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung | 103 |
| 6 | 5-452 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms | 77 |
| 7 | 3-030 | Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen | 57 |
| 8 | 5-513 | Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung | 54 |
| 9 – 1 | 5-482 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After | 45 |
| 9 – 2 | 5-469 | Sonstige Operation am Darm | 45 |
| 11 | 1-844 | Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel | 28 |
| 12 | 1-275 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) | 27 |
| 13 – 1 | 8-987 | Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern | 24 |
| 13 – 2 | 1-620 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung | 24 |
| 15 | 5-449 | Sonstige Operation am Magen | 23 |
| 16 – 1 | 8-640 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation | 21 |
| 16 – 2 | 1-651 | Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung | 21 |
| 18 – 1 | 3-206 | Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel | 19 |
| 18 – 2 | 3-205 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel | 19 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 20 | 3-221 | Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel | 18 |
| 21 – 1 | 8-900 | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene | 17 |
| 21 – 2 | 5-433 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens | 17 |
| 23 – 1 | 3-220 | Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel | 16 |
| 23 – 2 | 8-527 | Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung | 16 |
| 25 | 8-153 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit | 15 |
| 26 – 1 | 3-825 | Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel | 14 |
| 26 – 2 | 5-429 | Sonstige Operation an der Speiseröhre | 14 |
| 28 | 8-98f | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 13 |
| 29 – 1 | 8-706 | Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung | 12 |
| 29 – 2 | 3-820 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel | 12 |
| 29 – 3 | 1-853 | Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel | 12 |
| 29 – 4 | 1-631 | Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung | 12 |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

| Nr. | Angebotene Leistung |
|------|---|
| LK29 | Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle |

Privatambulanz (Chefarztambulanz)

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: ambulante Behandlung von Erkrankungen

3. Ambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

4. Ambulanz

Art der Ambulanz: Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

5. Ambulanz

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

6. Ambulanz

Art der Ambulanz: Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1 | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie | 455 |
| 2 | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung | 283 |
| 3 | 5-452 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms | 240 |
| 4 | 1-653 | Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung | 194 |
| 5 | 5-482 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After | 169 |
| 6 | 1-632 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung | 47 |
| 7 | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 44 |
| 8 | 5-469 | Sonstige Operation am Darm | 43 |
| 9 | 9-999 | Nicht belegte Schlüsselnummern | 8 |
| 10 | 5-513 | Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung | 6 |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 12,49 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12,49 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 12,49 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte | 3,64 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,64 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 3,64 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|--------------------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--------------------------------|
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement |
| ZF09 | Geriatric |
| ZF28 | Notfallmedizin |

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--|
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF34 | Proktologie |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003) |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 28,9 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 28,9 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 28,9 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0,5 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,5 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 3,7 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,7 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 3,7 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0,67 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,67 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,67 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 1,48 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,48 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1,48 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 2,21 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,21 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 2,21 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 5,01 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,01 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 5,01 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |
| PQ21 | Casemanagement |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

| Nr. | Zusatzqualifikationen |
|------------|------------------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP02 | Bobath |
| ZP07 | Geriatric |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP14 | Schmerzmanagement |
| ZP15 | Stomamanagement |
| ZP16 | Wundmanagement |
| ZP20 | Palliative Care |

B-2 Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1590)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Marc Olaf Liedke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt für Viszeral- Thorax- und Gefäßchirurgie
Telefon: 04852 / 980 - 6351
Telefax: 04852 / 980 - 6621
E-Mail: info@wkk-bru.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

Name: Dr. med. Schütz Stephan
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt für Orthopädie
Telefon: 04852 / 980 - 6351
Telefax: 04852 / 980 - 6621
E-Mail: info@wkk-bru.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|
| VC18 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | sonographische/Doppler-/Duplex-sonographische Diagnostik, DSA/MRT-Angiographien (extern), Infusionstherapie |
| VC19 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | konservative Thromboserapien, stadiengerechte Krampfaderoperation, umfassende Ulcus- und Wundbehandlung inkl. Vakuumtherapie |
| VC20 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie | in Zusammenarbeit mit dem urologischen Belegarzt der Klinik |
| VC21 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie | Schilddrüsen-Operationen |
| VC22 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie | Dickdarm und Magen |
| VC23 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | laparoskopische Gallenblasenchirurgie |
| VC24 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie | Magen- und Dickdarntumore |
| VC26 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC27 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC28 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | Hüfte, Knie u. Schulter (nach Unfallverletzung und bei Gelenkverschleiß) |
| VC29 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren | umfassend, mit allen Mitteln der modernen Wundtherapie |
| VC30 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC31 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| VC32 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC33 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC34 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC35 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | auch unter Beratung mit Neurochirurgischen Fachärzten im Standort Heide |
| VC36 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC37 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC38 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC39 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC40 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC41 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC42 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC50 | Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| VC53 | Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen | neurologische Konsiliarärztin in der Klinik angesiedelte Praxis 24h-CT-Verfügbarkeit |
| VC55 | Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen | Leistenbruch-OP, Adhäsio lysen, Gallenchirurgie, Appendektomie. Übernähung von Magenperforationen, Anus präter Anlage |
| VC56 | Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC57 | Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC58 | Allgemein: Spezialsprechstunde | Proktologie, Neurochirurgie, Handchirurgie, Indikationssprechstunde vor geplanten Operationen |
| VC66 | Allgemein: Arthroskopische Operationen | |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | Werktäglich von 08.30 Uhr - 12.30 Uhr |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | Werktäglich von 08.30 Uhr - 12.30 Uhr |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|---|
| VC00 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und der Bewegungsorgane | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythem | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Duplexsonographie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Native Sonographie | http://www.westkuestenklinikum.de |
| VC00 | Phlebographie | http://www.westkuestenklinikum.de |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie |
|------------|---|
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 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 |
| VO13 | Spezialsprechstunde |
| VO14 | Endoprothetik |
| VO15 | Fußchirurgie |
| VO16 | Handchirurgie |
| VO17 | Rheumachirurgie |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie |
|------|--|
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| VO19 | Schulterchirurgie |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| VO21 | Traumatologie |

B-2.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 948

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 1 | K80 | Gallensteinleiden | 106 |
| 2 | K40 | Leistenbruch (Hernie) | 86 |
| 3 | S06 | Verletzung des Schädelinneren | 76 |
| 4 – 1 | E66 | Fettleibigkeit, schweres Übergewicht | 67 |
| 4 – 2 | M17 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes | 67 |
| 6 | M16 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes | 50 |
| 7 | L98 | Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut | 38 |
| 8 | S52 | Knochenbruch des Unterarmes | 28 |
| 9 | M54 | Rückenschmerzen | 23 |
| 10 – 1 | S42 | Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms | 21 |
| 10 – 2 | M75 | Schulterverletzung | 21 |

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 1 | 5-822 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks | 167 |
| 2 | 3-203 | Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel | 139 |
| 3 | 5-511 | Operative Entfernung der Gallenblase | 120 |
| 4 | 3-200 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel | 112 |
| 5 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 100 |
| 6 | 5-530 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie) | 96 |
| 7 | 3-225 | Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel | 79 |
| 8 | 5-98c | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme | 74 |
| 9 | 5-820 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks | 71 |
| 10 | 3-205 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel | 39 |
| 11 – 1 | 5-434 | Selten verwendete Technik zur operativen Teilentfernung des Magens | 34 |
| 11 – 2 | 5-805 | Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks | 34 |
| 13 | 5-445 | Operative Verbindung zwischen Magen und Dünndarm unter Umgehung des Zwölffingerdarms, ohne Entfernung des Magens | 33 |
| 14 | 5-911 | Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht | 32 |
| 15 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 30 |
| 16 – 1 | 3-222 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel | 29 |
| 16 – 2 | 5-794 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten | 29 |
| 18 – 1 | 3-206 | Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel | 28 |
| 18 – 2 | 3-802 | Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel | 28 |
| 20 | 5-782 | Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe | 25 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 21 | 5-900 | Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht | 24 |
| 22 – 1 | 8-192 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde | 22 |
| 22 – 2 | 5-793 | Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 22 |
| 24 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 18 |
| 25 – 1 | 5-859 | Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln | 17 |
| 25 – 2 | 5-892 | Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut | 17 |
| 27 – 1 | 5-787 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden | 16 |
| 27 – 2 | 5-534 | Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie) | 16 |
| 29 | 8-191 | Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten | 15 |
| 30 – 1 | 5-490 | Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters | 14 |
| 30 – 2 | 5-469 | Sonstige Operation am Darm | 14 |
| 30 – 3 | 5-829 | Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion | 14 |

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

2. Ambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

3. Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

4. Ambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

5. Ambulanz

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

6. Ambulanz

Art der Ambulanz: Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

7. Ambulanz

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

| Nr. | Angebote Leistung |
|------|--|
| VO16 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie |

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|------|-------|---|--------|
| 1 | 5-056 | Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion | 40 |
| 2 | 5-787 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden | 36 |
| 3 | 5-812 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung | 32 |
| 4 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 26 |
| 5 | 1-502 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt | 25 |
| 6 | 5-894 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut | 24 |
| 7 | 5-530 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie) | 22 |
| 8 | 5-788 | Operation an den Fußknochen | 21 |
| 9 | 5-534 | Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie) | 20 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|------|-------|--------------------------------|--------|
| 10 | 5-849 | Sonstige Operation an der Hand | 15 |

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 6,46 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,46 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 5,36 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 1,09 |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte | 5,37 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,37 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 4,46 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,91 |

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|--------------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ07 | Gefäßchirurgie |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| AQ60 | Urologie |
| AQ13 | Viszeralchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|--|
| ZF02 | Akupunktur |
| ZF12 | Handchirurgie |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003) |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF34 | Proktologie |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie |

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger | 6,46 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,46 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 6,46 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0,5 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,5 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 1,27 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,27 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1,27 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0,16 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,16 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,16 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 0,43 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,43 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,43 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 0,86 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,86 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,86 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------------|-------------------------------|
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 1,86 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,86 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1,86 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------------|---|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

| Nr. | Zusatzqualifikationen |
|------------|------------------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |

| Nr. | Zusatzqualifikationen |
|------------|------------------------------|
| ZP02 | Bobath |
| ZP07 | Geriatric |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP14 | Schmerzmanagement |
| ZP15 | Stomamanagement |
| ZP16 | Wundmanagement |
| ZP20 | Palliative Care |

B-3 Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|------------|---|
| Name: | Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel |
| Schlüssel: | Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (0261) Geriatrie (0290) |
| Art: | Hauptabteilung |

Chefärztinnen und Chefarzte

| | |
|--------------------------------|--|
| Name: | Christine Guzy |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt: | Chefärztin |
| Telefon: | 04852 / 980 - 6344 |
| Telefax: | 04852 / 980 - 6378 |
| E-Mail: | info@wkk-bru.de |
| Straße: | Delbrückstr. 2 |
| PLZ / Ort: | 25541 Brunsbüttel |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche |
|------|--|
| VX00 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |

B-3.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 569

Teilstationäre Fallzahl: 162

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|-------|-----|---|----------|
| 1 – 1 | I50 | Herzschwäche | 33 |
| 1 – 2 | R26 | Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit | 33 |
| 3 | M17 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes | 31 |
| 4 – 1 | S32 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens | 24 |
| 4 – 2 | M48 | Sonstige Krankheit der Wirbelsäule | 24 |
| 6 | M16 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes | 23 |
| 7 | E86 | Flüssigkeitsmangel | 22 |
| 8 – 1 | S72 | Knochenbruch des Oberschenkels | 21 |
| 8 – 2 | J44 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD | 21 |
| 10 | J15 | Lungenentzündung durch Bakterien | 14 |

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1 | 8-550 | Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen | 499 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 152 |
| 3 | 1-632 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung | 28 |
| 4 | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 25 |
| 5 | 8-982 | Fachübergreifende Sterbebegleitung | 21 |
| 6 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 18 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|--------|-------|---|--------|
| 7 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern | 14 |
| 8 | 1-771 | Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen | 11 |
| 9 | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie | 9 |
| 10 – 1 | 8-930 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens | 6 |
| 10 – 2 | 3-802 | Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel | 6 |
| 10 – 3 | 8-191 | Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten | 6 |
| 13 – 1 | 3-207 | Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel | 5 |
| 13 – 2 | 3-202 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel | 5 |
| 13 – 3 | 3-221 | Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel | 5 |
| 13 – 4 | 3-035 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung | 5 |
| 17 – 1 | 8-152 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit | 4 |
| 17 – 2 | 3-205 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel | 4 |
| 17 – 3 | 3-800 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel | 4 |
| 20 – 1 | 3-992 | Anwendung bildgebender Verfahren während einer Operation | < 4 |
| 20 – 2 | 6-006 | Applikation von Medikamenten, Liste 6 | < 4 |
| 20 – 3 | 8-640 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation | < 4 |
| 20 – 4 | 3-990 | Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung | < 4 |
| 20 – 5 | 3-228 | Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 6 | 3-223 | Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 7 | 3-226 | Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 8 | 3-227 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel | < 4 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|---------|-------|--|--------|
| 20 – 9 | 3-220 | Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 10 | 8-148 | Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit | < 4 |
| 20 – 11 | 5-900 | Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht | < 4 |
| 20 – 12 | 8-716 | Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung | < 4 |
| 20 – 13 | 8-192 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde | < 4 |
| 20 – 14 | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung | < 4 |
| 20 – 15 | 8-987 | Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern | < 4 |
| 20 – 16 | 6-003 | Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs | < 4 |
| 20 – 17 | 8-771 | Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung | < 4 |
| 20 – 18 | 3-82a | Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 19 | 3-806 | Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 20 | 3-820 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 21 | 3-823 | Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 22 | 8-831 | Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist | < 4 |
| 20 – 23 | 1-207 | Messung der Gehirnströme - EEG | < 4 |
| 20 – 24 | 1-710 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie | < 4 |
| 20 – 25 | 8-900 | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene | < 4 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|------------|-------|---|--------|
| 20 – 26 | 5-640 | Operation an der Vorhaut des Penis | < 4 |
| 20 – 27 | 5-582 | Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre | < 4 |
| 20 – 28 | 5-452 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms | < 4 |
| 20 – 29 | 5-433 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens | < 4 |
| 20 – 30 | 5-482 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After | < 4 |
| 20 – 31 | 5-601 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre | < 4 |
| 20 – 32 | 5-573 | Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre | < 4 |
| 20 – 33 | 5-431 | Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung | < 4 |
| 20 – 34 | 9-402 | Psychotherapeutisches Verfahren, in dessen Zentrum die Wechselwirkung von Körper und Psyche steht - Psychosomatische Therapie | < 4 |
| 20 – 35 | 3-13d | Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 36 | 8-914 | Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven | < 4 |
| 20 – 37 | 3-22x | Sonstige Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | < 4 |
| 20 – 38 | 5-469 | Sonstige Operation am Darm | < 4 |
| 20 – 39 | 5-399 | Sonstige Operation an Blutgefäßen | < 4 |
| 20 – 40 | 5-892 | Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut | < 4 |
| 20 – 41 | 8-190 | Spezielle Verbandstechnik | < 4 |
| 20 – 42 | 8-132 | Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase | < 4 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|---------|-------|---|--------|
| 20 – 43 | 3-052 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE | < 4 |
| 20 – 44 | 3-030 | Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen | < 4 |
| 20 – 45 | 1-661 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung | < 4 |
| 20 – 46 | 1-620 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung | < 4 |
| 20 – 47 | 1-902 | Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests | < 4 |
| 20 – 48 | 1-653 | Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung | < 4 |
| 20 – 49 | 1-844 | Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel | < 4 |
| 20 – 50 | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz | < 4 |
| 20 – 51 | 8-123 | Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde | < 4 |
| 20 – 52 | 1-999 | Zusatzinformationen zu Untersuchungen | < 4 |

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

2. Ambulanz

Art der Ambulanz: Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 3,1 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,1 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 3,1 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte | 3,1 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,1 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 3,1 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ63 | Allgemeinmedizin |
| AQ23 | Innere Medizin |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF09 | Geriatric |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF30 | Palliativmedizin |

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger | 10,02 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,02 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 10,02 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 4,02 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,02 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 4,02 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 0,26 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,26 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,26 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 1,52 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,52 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1,52 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 2,97 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,97 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 2,97 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

| Nr. | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP07 | Geriatric |
| ZP08 | Kinästhetik |
| ZP14 | Schmerzmanagement |
| ZP20 | Palliative Care |

B-3.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | 0,45 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,45 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,45 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften

B-4 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel
Schlüssel: Intensivmedizin (3600)

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: PD Dr. med. Marcel Hochreiter
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 04852 / 980 - 6451
Telefax: 04852 / 980 - 6619
E-Mail: info@wkk-bru.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche |
|------|---|
| VX00 | Intensiv pflegerische Betreuung von Patienten auf der Intermediate Care (IMC) |

B-4.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

2. Ambulanz

Art der Ambulanz: Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

| | Anzahl¹ |
|--|---------------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 4,87 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,87 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 4,87 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte | 4,87 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,87 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 4,87 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------------|----------------------------|
| AQ63 | Allgemeinmedizin |
| AQ01 | Anästhesiologie |
| AQ23 | Innere Medizin |

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

| | Anzahl¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------------|-------------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger | 3,36 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,36 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 3,36 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |



| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 0 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 0 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 1 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 1 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------------|---|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs |
| PQ20 | Praxisanleitung |

B-5 Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel

Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Anna Schulz-Du-Bois

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin

Telefon: 04852 / 980 - 6401

Telefax: 04852 / 980 - 6663

E-Mail: info@wkk-bru.de

Straße: Delbrückstr. 2

PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik |
|------------|---|
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik |
|------|--|
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik |

B-5.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 71

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|-------|-------|---|--------|
| 1 | 9-649 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen | 805 |
| 2 – 1 | 3-806 | Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel | < 4 |
| 2 – 2 | 3-800 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel | < 4 |
| 2 – 3 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | < 4 |
| 2 – 4 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | < 4 |

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

2. Ambulanz

Art der Ambulanz: Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

3. Ambulanz

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 0,93 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,93 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,93 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte | 0,93 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,93 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,93 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |
| Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|--------------------------------|
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie |

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|--|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 2 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 2 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 0 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 0 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

B-5.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl¹ |
|---|---------------------------|
| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | 0,96 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,96 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,96 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

| Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl¹ |
|--|---------------------------|
| Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten | 0,57 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,57 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,57 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 |

¹ Angabe in Vollkräften

B-6 Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel

B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel
Schlüssel: Urologie (2290)
Art: Belegabteilung

Leitende Belegärztinnen und Belegärzte

Name: Dr. Bernhard Mohr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Belegarzt
Telefon: 04852 / 980 - 0
Telefax: 04852 / 980 - 6225
E-Mail: praxis@urologie-brunsbuettel.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

Name: Dr. med. Igor Sonak
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Belegarzt
Telefon: 04852 / 980 - 0
Telefax: 04852 / 980 - 6225
E-Mail: praxis@urologie-brunsbuettel.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe |
|------------|---|
| VG16 | Urogynäkologie |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie |
|------------|---|
| 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 |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen |
| VU13 | Tumorchirurgie |
| VU14 | Spezialsprechstunde |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik |
| VU00 | Inkontinenzchirurgie |

B-6.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 58

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|-------|-----|---|----------|
| 1 | C67 | Harnblasenkrebs | 31 |
| 2 | N40 | Gutartige Vergrößerung der Prostata | 9 |
| 3 | N20 | Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter | 7 |
| 4 | N13 | Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere | 6 |
| 5 – 1 | N45 | Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung | < 4 |
| 5 – 2 | C61 | Prostatakrebs | < 4 |
| 5 – 3 | N21 | Stein in der Blase bzw. der Harnröhre | < 4 |
| 5 – 4 | D41 | Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig | < 4 |

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|-------|-------|--|--------|
| 1 | 5-573 | Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre | 34 |
| 2 | 8-541 | Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers | 25 |
| 3 | 8-137 | Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene | 21 |
| 4 – 1 | 3-992 | Anwendung bildgebender Verfahren während einer Operation | 17 |
| 4 – 2 | 3-13d | Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel | 17 |
| 6 | 5-562 | Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung | 13 |
| 7 | 5-601 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre | 12 |
| 8 | 1-661 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung | 11 |
| 9 – 1 | 5-985 | Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten | 6 |
| 9 – 2 | 5-585 | Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre | 6 |

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|--------|-------|---|--------|
| 11 | 5-570 | Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung | 5 |
| 12 – 1 | 3-222 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel | < 4 |
| 12 – 2 | 5-561 | Operative Erweiterung der Harnleiteröffnung durch Einschnitt, Entfernung von Gewebe bzw. sonstige Techniken | < 4 |
| 12 – 3 | 5-496 | Operative Korrektur des Afters bzw. des Schließmuskels | < 4 |
| 12 – 4 | 5-579 | Sonstige Operation an der Harnblase | < 4 |
| 12 – 5 | 1-466 | Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren | < 4 |
| 12 – 6 | 1-999 | Zusatzinformationen zu Untersuchungen | < 4 |

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Belegarztpraxis am Krankenhaus

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) | 2 |

¹ Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ60 | Urologie |

B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger | 0,12 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,12 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,12 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | 0,05 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,05 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,05 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegefachfrau, Pflegefachmann | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|--------------------------|
| Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | 0 | 7-8 Semester |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten | 0 | 2 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | 0,02 | 1 Jahr |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,02 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,02 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | 0 | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Hebammen und Entbindungspfleger | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Beleghebammen und Belegentbindungspfleger | 0 | |

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten | 0 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |
| Medizinische Fachangestellte | 0,04 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,04 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 0,04 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0 | |

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen



Qualitätssicherung



QBX

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 | Dok.-Rate | Anz. SO ¹ | Kommentar Datenannahmestelle |
|--|----------|-----------|----------------------|--|
| Herzschrittmacher-Implantation | 109 | 100,00% | 9 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | < 4 | | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 11 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation | 42 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel | 9 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation | 11 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Karotis-Revaskularisation | 79 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Gynäkologische Operationen | 274 | 100,00% | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Geburtshilfe | 1.047 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur | 137 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dok.-Rate | Anz. SO ¹ | Kommentar Datenannahmestelle |
|--|----------|-----------|----------------------|--|
| Mammachirurgie | 180 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Cholezystektomie | 311 | 100,00% | 114 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Dekubitusprophylaxe | 499 | 100,00% | 91 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Herzchirurgie | 25 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| – Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe | 25 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung | 464 | 100,00% | 76 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| – Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation | 422 | 100,00% | 74 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| – Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel | 48 | 100,00% | 6 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung | 241 | 100,00% | 96 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| – Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation | 216 | 100,00% | 92 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| – Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel | 25 | 100,00% | 5 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Neonatologie | 305 | 100,00% | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dok.-Rate | Anz. SO ¹ | Kommentar Datenannahmestelle |
|---|----------|-----------|----------------------|--|
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) | 1.103 | 100,00% | 27 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |
| Ambulant erworbene Pneumonie | 690 | 100,00% | 162 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet. |

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauensbereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|------------------------------------|---------------------------|--|--|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 1,13 1,07 - 1,21 | keine Angabe ⁷ | entf. O entf. | N99 O entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffes zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,91 Punkte 0,91 - 0,92 | keine Angabe ⁷ | entf. O entf. | N99 O entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|-----------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 1,07 1,04 - 1,1 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 126) | 0,19 % 0,18 - 0,2 | ≤ 0,14 % (90. Perzentil) | 0 % ⇄ 0 - 8,81 | R10 ○ 0 /27 (entf.) |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,88 Punkte 0,88 - 0,88 | keine Angabe ⁷ | 92,89 Punkte ○ 83,7 - 98,39 | R10 ○ entf. /4 (entf.) |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,85 Punkte 0,85 - 0,85 | keine Angabe ⁷ | 79,91 Punkte ○ 70,94 - 87,68 | R10 ○ entf. /4 (entf.) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|-----------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 126) | 95,01 % 94,79 - 95,23 | ≥ 94,19 % (5. Perzentil) | entf. ○ entf. | S99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Die Einrichtung wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen. | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 127) | 0,95 0,93 - 0,96 | ≤ 1,18 (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 127) | 0,92 0,91 - 0,92 | ≤ 1,35 (95. Perzentil) | 1,16 ○ 0,75 - 1,57 | R10 ○ 34.171 /20 (32595,55) |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 127) | 0,92 0,92 - 0,93 | ≤ 1,27 (95. Perzentil) | 0,81 ○ 0,22 - 1,4 | R10 ○ 20.289 /7 (25049,03) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|---------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,79 Punkte 0,79 - 0,79 | keine Angabe ⁷ | 87,77 Punkte ○ 73,24 - 99,23 | R10 ○ entf. /4 (entf.) |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheter- untersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,88 Punkte 0,88 - 0,88 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranz- gefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,62 Punkte 0,62 - 0,62 | keine Angabe ⁷ | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,88 Punkte 0,88 - 0,89 | keine Angabe ⁷ | 97,68 Punkte ○ 88,76 - 100 | R10 ○ entf. /4 (entf.) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|-----------------------------|---|---|
| <p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,93 Punkte 0,93 - 0,93 | keine Angabe ⁷ | 90 Punkte ○ 55,52 - 99,99 | R10 ○ entf. /4 (entf.) |
| <p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,81 Punkte 0,81 - 0,81 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| <p>Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren</p> | | | | |
| <p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,49 Punkte 0,49 - 0,5 | keine Angabe ⁷ | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| <p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 127) | 79,67 % 79,2 - 80,13 | ≥ 73,47 % (5. Perzentil) | entf. ○ entf. | R10 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|--|--|-----------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herz- kranzgefäße erhielten | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 127) | 1,85 % 1,7 - 2,01 | ≤ 3,57 % (95. Perzentil) | entf. ○ entf. | R10 ○ entf. |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,92 Punkte 0,92 - 0,93 | keine Angabe ⁷ | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 1,02 1 - 1,04 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,78 Punkte 0,78 - 0,78 | keine Angabe ⁷ | 70 Punkte ○ 28,38 - 97,15 | R10 ○ entf. /4 (entf.) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich³ | Ergebnis⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung⁵ Beob. / Ges. (Erw.)⁶ |
|--|--|---------------------------------|---|--|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheter- untersuchung informiert | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,9 Punkte 0,89 - 0,9 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herz- kranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,75 Punkte 0,74 - 0,75 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 128) | 0,97 0,94 - 1 | ≤ 1,07 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 17,15 | R10 ○ 0 /28 (0,15) |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: | | | | |
| Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 129) | 0,99 0,96 - 1,02 | ≤ 1,10 (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|--|--|---------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 129) | 1,04 1,02 - 1,06 | ≤ 1,32 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 12,62 | R10 ○ 0 /6 (0,20) |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 129) | 0,98 0,96 - 1,01 | ≤ 1,03 (95. Perzentil) | 5,54 ○ 1,15 - 17,77 | U63 ○ entf. |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herz- kranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 1,02 1 - 1,04 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 125) | 0,84 Punkte 0,84 - 0,84 | keine Angabe ⁷ | entf. ○ entf. | N99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Zum Berichtsjahr 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren | | | | |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|--|--|---------------------------|---|---|
| Entfernung der Gallenblase: Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 1,01 0,97 - 1,05 | ≤ 2,63 (95. Perzentil) | 1,84 ○ 0,5 - 6,46 | R10 ○ entf. |
| Entfernung der Gallenblase: Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,99 0,95 - 1,03 | ≤ 3,00 (95. Perzentil) | 0,92 ○ 0,16 - 5,04 | R10 ○ entf. |
| Entfernung der Gallenblase: Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,99 0,93 - 1,04 | ≤ 3,34 (95. Perzentil) | 1,46 ○ 0,26 - 8 | R10 ○ entf. |
| Entfernung der Gallenblase: Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 1 0,97 - 1,03 | ≤ 2,22 (95. Perzentil) | 1,54 ○ 0,53 - 4,36 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 131) | 2,93 % 2,8 - 3,07 | ≤ 10,00 % | entf. ○ entf. | S99 ○ entf. |
| Kommentar der beauftragten Stelle: Die Einrichtung wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen. | | | | |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|---------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 131) | 96,45 % 96,38 - 96,52 | ≥ 90,00 % | 100 % ○ 88,65 - 100 | R10 ○ 30 /30 (entf.) |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 132) | 96,97 % 96,3 - 97,52 | nicht definiert | entf. entf. | N02 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 126) | 0,89 % 0,83 - 0,96 | ≤ 2,60 % | 0 % ☹ 0 - 29,91 | R10 ○ 0 /9 (entf.) |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,77 0,74 - 0,79 | ≤ 2,78 (95. Perzentil) | 2,17 ○ 0,39 - 8,49 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,9 0,85 - 0,96 | ≤ 3,68 (95. Perzentil) | 5,83 ○ 1,04 - 22,81 | U62 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 12 (S. 132) | 1,07 1,01 - 1,14 | ≤ 4,59 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 25,52 | R10 ○ 0 /9 (0,11) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|--|--|---------------------------|---|---|
| <p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS ja / Hinweis 13 (S. 133) | 0,91 0,79 - 1,04 | ≤ 5,45 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 172,35 | R10 ○ 0 /6 (0,02) |
| <p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 133) | 0,98 0,94 - 1,02 | ≤ 2,51 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 12,11 | R10 ○ 0 /7 (0,30) |
| <p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein | 95,34 % 94,83 - 95,79 | nicht definiert | entf. entf. | N02 ○ entf. |
| <p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 126) | 0,86 % 0,74 - 0,99 | nicht definiert | entf. entf. | N02 ○ entf. |
| <p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,64 0,61 - 0,68 | ≤ 2,20 (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich³ | Ergebnis⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung⁵ Beob. / Ges. (Erw.)⁶ |
|---|--|---------------------------------|---|--|
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 14 (S. 134) | 1,1 0,93 - 1,31 | nicht definiert | entf. entf. | N02 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 12 (S. 132) | 0,94 0,81 - 1,1 | ≤ 5,63 (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 133) | 1,05 0,87 - 1,25 | ≤ 5,76 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 562,49 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 133) | 1,06 0,99 - 1,14 | ≤ 2,68 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 72,53 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 134) | 97,01 % 96,88 - 97,13 | ≥ 90,00 % | entf. entf. | N01 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|---------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 135) | 1,03 1 - 1,06 | ≤ 2,86 (95. Perzentil) | 1,28 ○ 0,35 - 4,42 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 135) | 1,11 1,08 - 1,15 | ≤ 2,58 (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 136) | 1,34 1,3 - 1,38 | ≤ 4,00 (95. Perzentil) | 1,24 ○ 0,34 - 4,27 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 135) | 1,36 1,3 - 1,42 | ≤ 3,29 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 6,66 | R10 ○ 0 /6 (0,35) |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 1,31 1,27 - 1,35 | ≤ 2,59 (95. Perzentil) | 3,1 ○ 0,9 - 6,5 | U63 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|---------------------------|---|---|
| Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| KKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 137) | 1,47 1,4 - 1,54 | - | 2,69 0,49 - 9,11 | - entf. |
| Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| KKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 137) | 1,21 1,16 - 1,27 | - | 3,79 0,69 - 11,85 | - entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 126) | 8,96 % 8,75 - 9,17 | ≤ 15,00 % | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 1,35 1,32 - 1,37 | ≤ 2,79 (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 135) | 0,98 0,96 - 1 | ≤ 2,41 (95. Perzentil) | 0 ➡ 0 - 4,68 | R10 ○ 0 /72 (0,78) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren | Bund Ergebnis | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ | Bewertung ⁵ |
|--|------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Vertrauens- bereich | | Vertrauens- bereich | Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 136) | 0,98 0,92 - 1,05 | ≤ 4,32 (95. Perzentil) | 0 ○ 0 - 15,56 | R10 ○ 0 /76 (0,23) |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 137) | 1,03 1 - 1,06 | - | entf. entf. | - entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,97 0,94 - 1 | ≤ 2,49 (95. Perzentil) | 1,21 ○ 0,07 - 5,34 | R10 ○ entf. |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 135) | 1,43 1,36 - 1,51 | ≤ 4,44 (95. Perzentil) | 0 ☹ 0 - 8,93 | R10 ○ 0 /94 (0,41) |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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 | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 19 (S. 137) | 0,91 % 0,82 - 1,01 | Sentinel Event | entf. entf. | N01 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|------------------------------|---|---|
| <p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 19 (S. 137) | 88,51 % 88,16 - 88,84 | ≥ 74,30 % (5. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| <p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 19 (S. 137) | 19,49 % 18,72 - 20,29 | ≤ 40,38 % (95. Perzentil) | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| <p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 21 (S. 138) | 7,19 % 6,79 - 7,61 | ≤ 20,00 % | entf. entf. | N01 ○ entf. |
| <p>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</p> | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 20 (S. 138) | 11,95 % 10,68 - 13,35 | - | entf. entf. | - entf. |
| <p>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</p> | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 20 (S. 138) | 11,95 % 10,86 - 13,13 | - | entf. entf. | - entf. |
| <p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 21 (S. 138) | 1,06 % 0,95 - 1,17 | ≤ 5,00 % | entf. entf. | N01 ○ entf. |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren | Bund Ergebnis | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ | Bewertung ⁵ |
|--|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Vertrauens- bereich | | Vertrauens- bereich | Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 19 (S. 137) | 3,18 % 3,07 - 3,29 | ≤ 7,25 % (90. Perzentil) | entf. ○ entf. | R10 ○ entf. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 22 (S. 139) | 1,05 0,99 - 1,11 | ≤ 4,18 | 0 ○ 0 - 131,51 | R10 ○ entf. |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 23 (S. 141) | 15,88 % 15,76 - 16 | - | 14,81 % 10,16 - 21,1 | - 24 /162 (entf.) |
| Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 15,03 % 14,9 - 15,17 | - | 12,06 % 7,67 - 18,46 | - 17 /141 (entf.) |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 126) | 98,94 % 98,91 - 98,98 | ≥ 95,00 % | 98,15 % ○ 94,7 - 99,37 | R10 ○ 159 /162 (entf.) |
| Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 98,92 % 98,88 - 98,96 | - | 97,87 % 93,93 - 99,27 | - 138 /141 (entf.) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|--|--|---------------------------|---|---|
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 23 (S. 141) | 98,07 % 97,84 - 98,27 | - | 100 % 51,01 - 100 | - 4 / 4 (entf.) |
| Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 97,99 % 97,73 - 98,22 | - | entf. entf. | - entf. |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 23 (S. 141) | 98,99 % 98,95 - 99,02 | - | 98,1 % 94,57 - 99,35 | - 155 / 158 (entf.) |
| Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 98,96 % 98,92 - 99 | - | 97,83 % 93,8 - 99,26 | - 135 / 138 (entf.) |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 126) | 96,49 % 96,43 - 96,55 | ≥ 95,00 % | 91,93 % ○ 86,68 - 95,22 | U63 ○ 148 / 161 (entf.) |
| Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 96,41 % 96,34 - 96,48 | - | 92,14 % 86,48 - 95,56 | - 129 / 140 (entf.) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Bund Ergebnis Vertrauens- bereich | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich | Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
|---|--|---------------------------|---|---|
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 0,9 0,89 - 0,91 | ≤ 1,69 (95. Perzentil) | 1 ○ 0,57 - 1,73 | R10 ○ 11 /137 (10,96) |
| Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 137) | 0,91 0,9 - 0,93 | - | 0,9 0,46 - 1,7 | - 8 /123 (8,93) |
| Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) | | | | |
| EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 137) | 0,85 0,82 - 0,87 | - | 1,48 0,52 - 3,28 | - entf. |
| Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, 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 und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 126) | 0 % 0 - 0,01 | Sentinel Event | 0 % ➡ 0 - 0,09 | R10 ○ 0 /4.207 (entf.) |
| Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben. | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 25 (S. 141) | 0,01 % 0,01 - 0,01 | - | 0 % 0 - 0,09 | - 0 /4.207 (entf.) |

| Art des Werts / Bezug zum Verfahren | Bund Ergebnis | Ref.-Bereich ³ | Ergebnis ⁴ | Bewertung ⁵ |
|--|------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ² | Vertrauens- bereich | | Vertrauens- bereich | Beob. / Ges. (Erw.) ⁶ |
| <p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p> | | | | |
| Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 130) | 1,05 1,04 - 1,06 | ≤ 2,27 (95. Perzentil) | 0,77 ○ 0,48 - 1,25 | R10 ○ 16 /4.207 (20,70) |
| <p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)</p> | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 0,37 % 0,37 - 0,37 | - | 0,31 % 0,18 - 0,53 | - 13 /4.207 (entf.) |
| <p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)</p> | | | | |
| Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 141) | 0,06 % 0,06 - 0,06 | - | entf. entf. | - entf. |

¹ Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

² Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

👍 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

N02 = Bewertung nicht vorgesehen: DeQS: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert;

N99 = Bewertung nicht vorgesehen: DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert);

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsverfahren erforderlich;

U62 = Bewertung nach Stellungsverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Das abweichende

Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

U63 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig; DeQS: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme);

S99 = Sonstiges; DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert).

👍 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

⁷ In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 1 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Hinweis 2 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis 3 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 4 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis 5 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 6 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 7 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 8 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 9 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis 10 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeve besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Hinweis 11 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis 12 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis
13

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Hinweis
14

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis
15

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kran-kenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Hinweis
16

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Hinweis
17

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 18 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Hinweis 19 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 20 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Hinweis 21 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Hinweis
22

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 23 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Hinweis 24 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Hinweis 25 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

| Leistungsbereich | Kommentar / Erläuterung |
|------------------|--|
| Brustkrebs | Für den Standort Heide im Medizinischen Versorgungszentrum |

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|-------------------------------|----|
| Mindestmenge | 50 |
| Erbrachte Menge | 92 |

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

| Kniegelenk-Totalendoprothesen | |
|---|----|
| Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt | ja |
| Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt | ja |
| Erbrachte Menge 2023 | 92 |
| In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 95 |

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

| | Anzahl¹ |
|--|---------------------------|
| 1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ² unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 27 |
| 2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 17 |
| 3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 3 |

¹ Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹ | Ausnahmetatbestände |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------|---|---------------------|
| Innere Medizin | BRUEBN1AUF | Tag | 100 % | 0 |
| | | Nacht | 100 % | 0 |
| Neurologische Schlaganfallereinheit | BRUEBN1IMC | Tag | 100 % | 0 |
| | | Nacht | 100 % | 0 |
| Allgemeine Chirurgie | BRUEBN2 - Brunsbüttel Ebene 2 | Tag | 91,67 % | 1 |
| | | Nacht | 100 % | 0 |
| Innere Medizin | BRUEBN3 - Brunsbüttel Ebene 3 | Tag | 75 % | 0 |
| | | Nacht | 100 % | 0 |
| Geriatric | BRUEBN3 - Brunsbüttel Ebene 3 | Nacht | 100 % | 0 |

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹ |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------|--|
| Innere Medizin | BRUEBN1AUF | Tag | 100 % |
| | | Nacht | 86,85 % |
| Neurologische Schlaganfallereinheit | BRUEBN1IMC | Tag | 79,45 % |
| | | Nacht | 84,11 % |
| Allgemeine Chirurgie | BRUEBN2 - Brunsbüttel Ebene 2 | Tag | 67,67 % |
| | | Nacht | 90,14 % |
| Innere Medizin | BRUEBN3 - Brunsbüttel Ebene 3 | Tag | 70,14 % |
| | | Nacht | 87,12 % |
| Geriatric | BRUEBN3 - Brunsbüttel Ebene 3 | Nacht | 87,12 % |

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Im Folgenden werden die Quartale jeweils nebeneinander dargestellt.

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Vollständige und fristgerechte Nachweisführung | ja | ja | ja | ja |

C-9.3a Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie

Strukturangaben zur Einrichtung (C-9.3.1)

Regionale Pflichtversorgung

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung | ja | ja | ja | ja |
| Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche | nein | nein | nein | nein |
| Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste | nein | nein | nein | nein |

Stationen

BRUTKPSY

Stationstyp: C = offene, nicht elektive Station

Konzeptstation: A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Planplätze der teilstationären Versorgung | 15 | 15 | 15 | 15 |

Behandlungsumfang (in Tagen) und Behandlungsbereiche

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung | 519 | 472 | 480 | 459 |
| G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung | 33 | 53 | 10 | |

Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad sowie tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen (C-9.3.2/3)

In der Einrichtung

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Einhaltung der Mindestvorgabe | ja | ja | nein | nein |
| Umsetzungsgrad | 124,69 % | 111,99 % | 135,71 % | 152,79 % |

Nach Berufsgruppen

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | | | | |
| Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten | ja | nein | ja | ja |
| Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden) | 210 | 200 | 186 | 174 |
| Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden) | 290 | 154 | 238 | 179 |
| Umsetzungsgrad | 138,19 % | 77,03 % | 127,68 % | 102,6 % |
| Pflegfachpersonen | | | | |
| Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten | ja | ja | ja | ja |
| Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden) | 610 | 583 | 539 | 503 |
| Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden) | 708 | 595 | 804 | 867 |
| Umsetzungsgrad | 116,06 % | 102,01 % | 149,13 % | 172,21 % |
| Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | | | | |
| Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten | nein | ja | ja | ja |
| Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden) | 197 | 187 | 175 | 164 |
| Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden) | 26 | 194 | 238 | 337 |

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Umsetzungsgrad | 12,97 % | 103,65 % | 136,13 % | 205,56 % |
| Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | | | | |
| Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten | ja | ja | ja | ja |
| Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden) | 323 | 306 | 287 | 269 |
| Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden) | 518 | 433 | 346 | 417 |
| Umsetzungsgrad | 160,41 % | 141,29 % | 120,44 % | 155,02 % |
| Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | | | | |
| Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten | nein | nein | nein | nein |
| Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden) | 32 | 31 | 28 | 26 |
| Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Umsetzungsgrad | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | | | | |
| Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten | ja | ja | ja | ja |
| Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden) | 123 | 117 | 109 | 103 |
| Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden) | 323 | 220 | 172 | 94 |
| Umsetzungsgrad | 261,83 % | 187,71 % | 157,45 % | 91,5 % |

Ausnahmetatbestände

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ausnahmetatbestand 1: Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle | nein | nein | nein | nein |

| | Quartal 1 | Quartal 2 | Quartal 3 | Quartal 4 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ausnahmetatbestand 2: Kurzfristig stark erhöhte Patientenanzahl in der Pflicht- versorgung | nein | nein | nein | nein |
| Ausnahmetatbestand 3: Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen | nein | nein | nein | nein |
| Ausnahmetatbestand 4: Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält | nein | nein | nein | nein |

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.



erstellt mit QBX 2023