

„SEID GUT, UND MAN WIRD EUCH GLAUBEN.“

VINCENZ VON PAUL



**Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1
Nummer 4 SGB V (a.F.) über
das Berichtsjahr 2020
für den Standort Salzkotten**



St. Vincenz-Krankenhaus GmbH
Akad. Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen
St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	28
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	29
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	30

B-[1]	Medizinische Klinik, Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation	31
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	31
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	32
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	32
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	32
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	33
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	34
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	38
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	39
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	39
B-[1].11	Personelle Ausstattung	39
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	40
B-[1].11.2	Pflegepersonal	40
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	41
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	42
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	42

B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	43
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	43
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	44
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	44
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	44
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	45
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	45
B-[2].11	Personelle Ausstattung	45
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	45
B-[2].11.2	Pflegepersonal	46
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	46
B-[3]	Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie	47
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	48
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	48
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	48
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	48
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	49

B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	50
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	50
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	51
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	51
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-[3].11	Personelle Ausstattung	54
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[3].11.2	Pflegepersonal	55
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	56
B-[4]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	57
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	58
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	59
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	59
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	60
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	60
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	62

B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	62
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[4].11	Personelle Ausstattung	65
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	65
B-[4].11.2	Pflegepersonal	66
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	67
B-[5]	Medizinische Klinik - Innere Medizin	69
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	69
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	70
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	70
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	70
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	72
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	72
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	73
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	74
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	75
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	75

B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[5].11	Personelle Ausstattung	76
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	76
B-[5].11.2	Pflegepersonal	77
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[6]	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie	80
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	80
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	80
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	81
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	83
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	83
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	86
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	87
B-[6].11	Personelle Ausstattung	87
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	87

B-[6].11.2	Pflegepersonal	88
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	90
B-[7]	Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie	91
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	91
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	92
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	92
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	92
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	93
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	93
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	93
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[7].11	Personelle Ausstattung	95
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	95
B-[7].11.2	Pflegepersonal	97
B-[8]	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie	98
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	99

B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	99
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	99
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ...	99
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	100
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	100
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	100
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	100
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	100
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	100
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	100
B-[8].11	Personelle Ausstattung	101
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	101
B-[8].11.2	Pflegepersonal	102
C	Qualitätssicherung	103
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	103
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	181
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	181
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	182
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	182

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	182
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	183
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	184
D	Qualitätsmanagement	186
D-1	Qualitätspolitik	186
D-2	Qualitätsziele	191
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	192
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	192
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	192
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	192

Vorwort

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Das St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten ist eine der drei Betriebsstätten der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH. In fünf Hauptabteilungen mit 208 Betten versorgt ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Mitarbeitern des Pflegedienstes, der Physiotherapie und vielen weiteren Bereichen jährlich knapp 10.000 Patienten stationär und über 21.000 Patienten ambulant. Rund 900 Mitarbeiter kümmern sich im St. Josefs-Krankenhaus um das Wohl ihrer Patienten. Dabei gehen Zuwendung und Mitgefühl einher mit einem hohen Standard bei Diagnose, Therapie und Pflege. Neben den Ärzten, Pflegefachkräften und Therapeuten engagieren sich im St. Josefs-Krankenhaus auch Sozialdienst und Krankenhausseelsorge für die Patienten. Rat und Hilfe bei persönlichen und sozialen Problemen, die aus Krankheit, Unfall oder Behinderung entstehen, verschiedene Gesprächsangebote und auch die Segnung der Neugeborenen gehören neben der Krankensalbung und den Gottesdienste zu den umfangreichen Aufgaben der Teams.

Medizinische Abteilungen und Schwerpunkte im Überblick:

Schwerpunkte der breit aufgestellten **Medizinischen Klinik** sind neben der allgemeinen Inneren Medizin die Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, der Leber und Gallenwege sowie des Herz-Kreislauf-Systems und der Lunge. Auch die Diabetologie gehört zum Spektrum der Abteilung. Durch die Vernetzung mit der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie wurde die Grundlage für ein Visceralmedizinisches Zentrum geschaffen.

Seit 2011 ermöglicht eine eigenständige **Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie** eine spezialisierte Behandlung aller relevanten Erkrankungen der Fachdisziplin. Besondere Schwerpunkte sind die Therapie von gut- und bösartigen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Gallenblase, der S

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dr. Josef Düllings, Hauptgeschäftsführer
Telefon:	05251 86 1405
Fax:	05251 86 1401
E-Mail:	m.schilling@vincenz.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Patrick Ruf, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	05251 86 1416
Fax:	05251 86 1894
E-Mail:	qm@vincenz.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.st-josefs.de
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSEL	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0200	Medizinische Klinik, Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation
2	Belegabteilung	2700	Augenheilkunde
3	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
4	Hauptabteilung	2400	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
5	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik - Innere Medizin

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSEL	FACHABTEILUNG
6	Hauptabteilung	3790	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie
7	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie
8	Nicht-Bettenführend	3700	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn
PLZ:	33098
Ort:	Paderborn
Straße:	Am Busdorf
Hausnummer:	2
IK-Nummer:	260570874
Standort-Nummer alt:	02
Standort-Nummer:	772673000
Telefon-Vorwahl:	05258
Telefon:	86100
E-Mail:	info@vincenz.de
Krankenhaus-URL:	http://www.vincenz.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	St. Josefs-Krankenhaus
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
IK-Nummer:	260570874
Standort-Nummer alt:	2

Standort-Nummer:	772674000
Standort-URL:	http://st-josefs.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Martin Baur, Ärztlicher Direktor
Telefon:	05251 86 1585
Fax:	05251 86 1586
E-Mail:	anaesthesie@vincenz.de
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Marion Schwerthelm, Pflegedirektorin
Telefon:	05251 86 1731
Fax:	05251 86 1739
E-Mail:	m.schwerthelm@vincenz.de
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. Josef Düllings, Hauptgeschäftsführer
Telefon:	05251 86 1405
Fax:	05251 86 1401
E-Mail:	m.schilling@vincenz.de

Leitung des Standorts:

Standort:	St. Josefs-Krankenhaus
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. Josef Düllings, Hauptgeschäftsführer
Telefon:	05251 86 1405
Fax:	05251 86 1401
E-Mail:	m.schilling@vincenz.de
Standort:	St. Josefs-Krankenhaus

Leitung:	
Name/Funktion:	Jürgen Thau, Kaufm. Geschäftsführer
Telefon:	05251 86 1406
Fax:	05251 86 1427
E-Mail:	r.haas@vincenz.de
Standort:	St. Josefs-Krankenhaus
Leitung:	
Name/Funktion:	Sr. M Bernadette M. Putz, Geschäftsführerin
Telefon:	05251 86 0
Fax:	05251 86 1079
E-Mail:	sr.bernadette@vincenz.de
Standort:	St. Josefs-Krankenhaus
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Martin Baur, Ärztlicher Direktor
Telefon:	05251 86 1585
Fax:	05251 86 1586
E-Mail:	anaesthesie@vincenz.de
Standort:	St. Josefs-Krankenhaus
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Marion Schwerthelm , Pflegedirektorin
Telefon:	05251 86 1731
Fax:	05251 86 1739
E-Mail:	m.schwerthelm@vincenz.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN

1 260570874

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	St. Vincenz-Krankenhaus GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1 Universität Göttingen

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

- 1 Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
- 2 Atemgymnastik/-therapie
- 3 Basale Stimulation
- 4 Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
- 5 Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

- 6 Diät- und Ernährungsberatung
- 7 Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 8 Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 9 Kinästhetik
- 10 Manuelle Lymphdrainage
- 11 Massage
- 12 Medizinische Fußpflege
- Externe Kooperationspartner*
- 13 Physikalische Therapie/Bädertherapie
- 14 Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 15 Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
- 16 Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 17 Schmerztherapie/-management
- 18 Sozialdienst
- 19 Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
- 20 Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
- 21 Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
- 22 Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
- 23 Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
- 24 Stillberatung
- 25 Stomatherapie/-beratung
- Externe Kooperationspartner*
- 26 Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
- 27 Wundmanagement
- 28 Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
- 29 Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
2	Seelsorge/spirituelle Begleitung
3	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
4	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
6	Zwei-Bett-Zimmer
7	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
8	Mutter-Kind-Zimmer
9	Rooming-in
10	Ein-Bett-Zimmer
11	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
12	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Herr Lutz Rädisch, Vertrauensperson der Menschen mit Behinderung
Telefon:	05251 86 1322
Fax:	05251 86 1692
E-Mail:	l.raedisch@vincenz.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

- 1 Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 2 Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
- 3 Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 4 Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 5 Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 6 Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 7 Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 8 OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 9 geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
- 10 Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 11 Diätetische Angebote
- 12 Dolmetscherdienst
- 13 Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 14 Besondere personelle Unterstützung
- 15 Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN

- 1 Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
- 2 Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
- 3 Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

- 1 Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
- 2 Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 3 Entbindungspfleger und Hebamme

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten:	208
----------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	6222
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	24225

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40				
---	----	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	44,38	44,38	0,00	0,00	44,38
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	15,90	15,90	0,00	0,00	15,90

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50				
---	-------	--	--	--	--

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	117,53 0,00	117,53 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	117,53 0,00
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,25 0,00	7,25 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	7,25 0,00
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,11 0,00	5,11 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,11 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	7,16 0,00	7,16 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	7,16 0,00
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,75 0,00	0,75 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,75 0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,20 0,00	1,20 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,20 0,00

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,84 0,00	2,84 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	2,84 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,64 0,00	5,64 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,64 0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
----------	------	--------	---------	------	-------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	2,33	2,33	0,00	0,00	2,33
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	3,79	3,79	0,00	0,00	3,79
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	1,81	1,81	0,00	0,00	1,81
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	7,13	7,13	0,00	0,00	7,13
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	1,12	1,12	0,00	0,00	1,12
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50

Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	2,85	2,85	0,00	0,00	2,85
--	------	------	------	------	------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Patrick Ruf, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	05251 86 1416
Fax:	05251 86 1894
E-Mail:	qm@vincenz.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja
--	----

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	interdisziplinäres Kernteam
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten:

Name/Funktion:

Kirsten Wagner, Risikomanagerin

Telefon:

05251 86 1088

Fax:

05251 86 1894

E-Mail:

k.wagner@vincenz.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

**Beteiligte Abteilungen/
Funktionsbereiche:**

Geschäftsführung
Ärztlicher Direktor
Pflegedirektor
Technischer Direktor

Tagungsfrequenz des Gremiums:

bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
4	Mitarbeiterbefragungen
5	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
11	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
12	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
14	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
15	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
16	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
17	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Zertifizierung der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH nach DIN EN ISO 9001:2015 Letzte Aktualisierung: 24.04.2019</i>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

- ☒ Qualitätszirkel
- ☒ Tumorkonferenzen
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☒ Pathologiebesprechungen
- ☒ Palliativbesprechungen
- ☐ Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungsweggeführten Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
2	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 28.08.2018</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Patientenarmbänder OP-Checklisten Aktionstag Saubere Hände

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
---	----

Genutzte Systeme:

BEZEICHNUNG	
1	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
----------	--------

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. Martin Baur, Chefarzt
Telefon:	05251 86 1585
Fax:	05251 86 1586
E-Mail:	s.biermann@vincenz.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung können die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und insbesondere Kapitel 2.1 der S3-Leitlinie "Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus" (2013) der Paul-Ehrlich-Gesellschaft oder die Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. zur "Perioperative Antibiotika-Prophylaxe" (2010) dienen. Aktualisierungen berücksichtigen neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der auftretenden Infektionserreger (NI), des Antibiotikaverbrauchs und der Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen).

Die Leitlinien zur Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie sind durch die Apotheke, der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie sowie der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie und autorisiert worden.

	OPTION	AI
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja

OPTION		AI
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja
-----------------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

OPTION		AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/ regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

Auswahl:	Ja
-----------------	----

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

Auswahl:	Ja
----------	----

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	60
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	134

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch erfolgt nach den Vorgaben der Hand-KISS-NRZ-Berlin.

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>jede Abteilung 1x jährlich, zusätzlich werden 1-2 allgemeine Schulung angeboten</i>
2	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Qualitätssiegel</i>

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:

- ☐ AMBU-KISS
- ☒ CDAD-KISS
- ☒ HAND-KISS
- ☐ ITS-KISS
- ☒ MRSA-KISS
- ☐ NEO-KISS
- ☐ ONKO-KISS
- ☒ OP-KISS
- ☐ STATIONS-KISS
- ☐ SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sr. Bernadette M. Putz , Geschäftsführerin
Telefon:	05258 10 0
Fax:	05258 10 104
E-Mail:	sr.bernadette@vincenz.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Günter Lüttig, Patientenfürsprecher
Telefon:	05258 8583
Fax:	05258 10 104
E-Mail:	info@sjks.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
--------------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
--	----------------------------------

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Martin Bochen , Apothekenleitung
Telefon:	05251 86 1521
Fax:	
E-Mail:	m.bochen@vincenz.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0

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.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
5	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
6	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Roboterassistiertes Chirurgie-System	
7	3D-Laparoskopie-System	3D-Laparoskopie-System	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
8	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
9	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
10	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
---	--

Stufen der Notfallversorgung:

- ☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- ☐ Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- ☐ Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1:

Umstand:	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.
-----------------	---

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:	Nein
-----------------	------

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik, Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik, Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Straße:	Dr.-Krismann-Str.
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
URL:	https://www.st-josefs.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Seit dem 1. Januar 2020 hat die Medizinische Klinik des St. Josefs-Krankenhauses eine zweite Säule: Die Abteilung für Geriatrie und Frührehabilitation.

Die Geriatrie, auch bekannt als Altersmedizin ist auf die Behandlung von Patienten im höheren Lebensalter (in der Regel älter als 65 Jahre) ausgelegt. Hier werden ältere Menschen mit akuten neurologischen oder internistischen Erkrankungen behandelt. Gleichwohl aber auch Patienten, die nach einer Operation noch nicht so weit genesen sind, dass sie ins häusliche Umfeld wiederkehren können.

Das oberste Ziel ist es, den Patienten bei der Erhaltung oder Wiederherstellung der Selbstständigkeit in den Alltagsfunktionen zu unterstützen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. In einer kombinierten Behandlung aus Akutmedizin und frührehabilitativen Maßnahmen versorgen wir unsere Patienten so, dass sie nach der Entlassung möglichst in ihr gewohntes heimisches Umfeld zurückkehren können.

Geriatrie Erkrankungen zu behandeln, ist eine hochkomplexe Aufgabe. Daher arbeiten wir in einem Team aus mehreren Berufsgruppen zusammen. Nur gemeinsam können wir eine exakte Diagnose treffen und Sie bestmöglich behandeln.

Wir behandeln nicht nur ihre akute Erkrankung - die der Grund für Ihren stationären Krankenhausaufenthalt ist - sondern auch Ihre Grunderkrankungen (z.B. Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Demenz, Morbus Parkinson, Herz- und Gefäßerkrankungen). Um Sie optimal behandeln zu können, arbeiten wir daher eng mit den anderen Kliniken des St. Josefs-Krankenhauses zusammen. Außerdem kooperieren wir mit dem St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn und der Frauenklinik St. Louise. In interdisziplinären Teambesprechungen diskutieren wir wöchentlich die Entwicklung unserer

Patienten und legen die weiteren Ziele und Behandlungsschritte fest. Das geriatrische Team besteht aus den folgenden Professionen: Ärzte verschiedener Fachrichtungen, speziell geschulte Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter und Seelsorger. Neben diesen Fachgruppen beziehen wir auch Ihre Angehörigen als Experten mit ein.

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

1 (0200) Geriatrie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Magdalene Aniol, Chefärztin Fachärztin für Innere Medizin, Geriatrie Palliativmedizin, Diabetologie DDG Ernährungsmedizin DAEM/DGEM
Telefon:	05258 10 161
Fax:	05258 10 160
E-Mail:	m.wolf@sjks.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Str. 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	https://www.st-josefs.de

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	372
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	33
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	32
3	E86	Volumenmangel	21
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	20
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	11
6	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	7
7	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	7
8	S32.5	Fraktur des Os pubis	7
9	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	7
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	6
11	I95.1	Orthostatische Hypotonie	6
12	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	6
13	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	5
14	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	5
15	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	5
16	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	5
17	S06.0	Gehirnerschütterung	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	4
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	4
20	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	4
21	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
22	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	< 4
23	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
24	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
25	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
26	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	< 4
27	F05.1	Delir bei Demenz	< 4
28	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
29	R55	Synkope und Kollaps	< 4
30	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	< 4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	76
2	I50	Herzinsuffizienz	31
3	E86	Volumenmangel	21
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	20
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	11
6	I63	Hirnfarkt	11
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	10
8	S06	Intrakranielle Verletzung	10
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	9
10	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8
12	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	8
13	N17	Akutes Nierenversagen	8
14	I95	Hypotonie	6
15	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	6
16	A41	Sonstige Sepsis	5
17	I21	Akuter Myokardinfarkt	5
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	5
20	M54	Rückenschmerzen	4
21	I70	Atherosklerose	4
22	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	4
23	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	4
24	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
25	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	< 4
26	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
27	R55	Synkope und Kollaps	< 4
28	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	< 4
29	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
30	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	327
2	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	263
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	57
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D- Auswertung	56
5	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	51
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	45
7	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	37
8	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	29
9	1-710	Ganzkörperplethysmographie	27
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	26
11	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	25
12	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	25
13	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	20
14	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	19
15	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	15
16	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	9
18	8-192.0g	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Fuß	9
19	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	7
20	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	7
21	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	7
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	7
23	8-192.0d	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Gesäß	7
24	8-98g.14	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage	6
25	8-192.0f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Unterschenkel	6
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	5
27	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	5
28	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	5
29	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	3

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	351
2	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	327
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	135
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	56
5	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	29
6	1-710	Ganzkörperplethysmographie	27
7	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	25
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	25
9	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	22
10	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	20
11	8-854	Hämodialyse	20
12	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	19
13	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	18
14	9-401	Psychosoziale Interventionen	16
15	8-855	Hämodiafiltration	15
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	12
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	7
18	1-650	Diagnostische Koloskopie	7

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	5
20	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	4
21	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	< 4
22	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
23	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
24	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
25	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	< 4
26	5-431	Gastrostomie	< 4
27	1-612	Diagnostische Rhinoskopie	< 4
28	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	< 4
29	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	< 4
30	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	< 4

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	4,00	4,00	0,00	0,00	4,00	93,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	186,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,06	16,06	0,00	0,00	16,06	23,2
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,94	4,94	0,00	0,00	4,94	75,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,83	2,83	0,00	0,00	2,83	131,4

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	496,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,99	0,99	0,00	0,00	0,99	375,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Augenheilkunde

In unserer Belegabteilung für Augenheilkunde wird - wie überall in unserem Haus - besonderen Wert auf die umfassende Beratung und Information des Patienten gelegt. Nach gründlicher Diagnostik kommt das umfassende Spektrum der medikamentösen und operativen Behandlungsmöglichkeiten der modernen Augenheilkunde zur Anwendung.

Schwerpunkte sind die Kataraktchirurgie (Eingriff gegen den grauen Star) unter Einsatz schonender mikrochirurgischer OP Verfahren und Implantation faltbarer Intraokularlinsen und die Netzhaut-Laserchirurgie. Bei Katarakt-Operationen sind wir führend in der Anwendung der belastungsarmen injektionsfreien Tropfanästhesie. Wesentliche Gebiete sind weiterhin die

Glaukomchirurgie (grüner Star), die Strabologie (Schiel-Operationen) sowie die plastische Lidchirurgie mittels Laserskalpell.

Die meisten Eingriffe können heute ambulant durchgeführt werden - trotzdem steht unseren Patienten bei Bedarf die Kompetenz aller weiteren klinischen Fachgebiete und die Sicherheit des Krankenhauses zur Verfügung. Falls medizinisch erforderlich, werden Operationen auch stationär belegärztlich nach Aufnahme auf unserer Station durchgeführt.

Die diagnostischen Möglichkeiten umfassen auch die Fluoreszenzangiografie (Darstellung der Blutgefäße am Augenhintergrund) bei Gefäßerkrankungen wie z.B. Diabetes sowie die Sonografie (Ultraschalluntersuchung).

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenheilkunde
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
URL:	http://www.dr-reinking.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Uwe Reinking, Belegarzt
Telefon:	05258 8584
Fax:	05258 3514
E-Mail:	info@dr-reinking.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Strasse 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://www.dr-reinking.de

Name/Funktion:	Dr. Ruth Reinking, Belegärztin
Telefon:	05258 8584
Fax:	05258 3514
E-Mail:	info@dr-reinking.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Strasse 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://www.dr-reinking.de

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
2	Anpassung von Sehhilfen
3	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- | | |
|----|---|
| 12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers |
| 13 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde |
| 15 | Plastische Chirurgie |
| 16 | Laserchirurgie des Auges |
| 17 | Spezialsprechstunde |

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS

Belegarztpraxis am Krankenhaus

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

trifft nicht zu / entfällt

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)

1 Augenheilkunde

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

- 1 Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

- 1 Bobath

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3] Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie

Im Rahmen einer spezialisierten allgemeinen Grund- und Regelversorgung behandeln wir Patienten mit allen Erkrankungen des Verdauungstraktes (Visceralchirurgie), der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse (Endokrine Chirurgie). Darüber hinaus gehört die Versorgung von Weichteilbrüchen (Leistenbrüche, Narbenbrüche, alle Arten von Bauchwandbrüchen, Zwerchfellbrüche usw.) zu unseren Aufgabengebieten.

Unser Team arbeitet eng mit der Medizinischen Klinik und der Gynäkologischen Klinik des Hauses zusammen, insbesondere mit dem Fachbereich Gastroenterologie. Wir überlegen immer gemeinsam individuell für jeden einzelnen Patienten, ob die Gesundung ohne operativen Eingriff der bessere Weg ist, oder ob eine Operation die größere Sicherheit unter akzeptablem Risiko bietet. Dabei halten wir uns an international akzeptierte Standards und Leitlinien, welche wir auch gerne im Gespräch erläutern.

Wann immer möglich und sinnvoll, führen wir operative Eingriffe minimal-invasiv, d.h. ohne große Schnitte durch ("Schlüsselloch-Chirurgie"), um die Patienten möglichst weniger zu belasten, ihnen eine größtmögliche Sicherheit und rasche Genesung zu ermöglichen.

Die Prinzipien der modernen Chirurgie setzen darauf, den Patienten so gering wie möglich aus seinen üblichen Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung etc. herauszunehmen. Das bedeutet, dass die Vorbereitung auf eine Operation weitgehend ambulant erfolgt, die stationäre Aufnahme findet in aller Regel am OP-Morgen statt. Bei langen Anfahrtswegen ist diese auch am Vorabend eines geplanten Eingriffs realisierbar. Eine längere Fastenphase oder gar eine umfassende Darmreinigung vor einer Operation sind heutzutage nur in Ausnahmefällen erforderlich. Nach der Operation wird die Nahrungsaufnahme und Mobilisation zügig wieder aufgenommen, so wie es die Erkrankung, der durchgeführte operative Eingriff und der Genesungsprozess erlauben. Die Entlassung kann in der Regel nach wenigen Tagen erfolgen.

Im Rahmen unserer Sprechstunden können wir unter oberärztlicher und damit fachärztlicher Beurteilung ihre Vorbefunde aufnehmen und sie umfassend zur vorliegenden Erkrankung beraten. Dabei ist genügend Raum für Ihre Fragen und ggf. auch für Bedenken oder Zweitmeinungen, wenn Sie es wünschen.

Sie können jederzeit sicher sein: wenn wir Ihnen ein bestimmtes operatives Verfahren vorschlagen, so prüfen wir vorab stets konservative (nichtoperative) Alternativen und können den erforderlichen Eingriff in guter Qualität mit bestehender Expertise in unserer Einrichtung anbieten. Sollte es die Komplexität der vorliegenden Erkrankung erfordern (z.B. seltene bösartige Weichteiltumorerkrankungen), so stellen wir bei Bedarf Kontakte in spezialisierte Zentren her. Dieses und vieles Weitere ist unser Beitrag zu Ihrer Sicherheit und hoffentlich auch Zufriedenheit.

Abteilungsart:

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

1 (1500) Allgemeine Chirurgie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. Ralf Steinert, Chefarzt
Telefon:	05258 10 231
Fax:	05258 10 235
E-Mail:	t.snyder@sjks.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Strasse 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 1 Chirurgische Intensivmedizin
- 2 Computertomographie (CT), nativ
- 3 Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 4 Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- 5 DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie
- 6 Elektronenstrahltomographie (EBT)
- 7 Endokrine Chirurgie
- 8 Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 9 Magen-Darm-Chirurgie
- 10 Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 11 Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 12 Native Sonographie
- 13 Notfallmedizin
- 14 Spezialsprechstunde
Schilddrüsen-Sprechstunde
- 15 Tumorchirurgie

Zertifizierung

Unsere Klinik besitzt das Gütesiegel Hernienchirurgie (Behandlung von Leisten-, Nabel-, Narben- und Zwerchfellbrüchen).



B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	869
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	172
2	K80	Cholelithiasis	109
3	K57	Divertikulose des Darmes	55
4	K35	Akute Appendizitis	46
5	E04	Sonstige nichttoxische Struma	35
6	K43	Hernia ventralis	30
7	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	30
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	28
9	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	24
10	L05	Pilonidalzyste	23
11	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	23
12	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	22
13	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	19
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17
15	N20	Nieren- und Ureterstein	14
16	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	13
17	K42	Hernia umbilicalis	11
18	K29	Gastritis und Duodenitis	9
19	K82	Sonstige Krankheiten der Gallenblase	8
20	K81	Cholezystitis	7
21	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	7
23	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	7
24	A46	Erysipel [Wundrose]	6
25	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6
26	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	5
27	K41	Hernia femoralis	5
28	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	5
29	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	5
30	I83	Varizen der unteren Extremitäten	4

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	203
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	189
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	179
4	5-511	Cholezystektomie	128
5	5-469	Andere Operationen am Darm	74
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	73
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	63
8	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	53
9	5-470	Appendektomie	46
10	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	45
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	44

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	41
13	1-650	Diagnostische Koloskopie	39
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	37
15	5-916	Temporäre Weichteildeckung	37
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	34
17	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	33
18	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	31
19	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	29
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	27
21	5-063	Thyreoidektomie	25
22	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	25
23	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	24
24	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	22
25	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	22
26	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	21
27	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	21
28	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	21
29	5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	21
30	5-061	Hemithyreoidektomie	19

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 NOTFALLAMBULANZ (24H)

Notfallambulanz (24h)

2 PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	18
2	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
4	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
5	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
9	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
11	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
12	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
13	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	< 4

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	12,00	12,00	0,00	0,00	12,00	72,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,00	4,00	0,00	0,00	4,00	217,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Transfusionsmedizin

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,74	18,74	0,00	0,00	18,74	46,4
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,17	0,17	0,00	0,00	0,17	5111,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,14	0,14	0,00	0,00	0,14	6207,1
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,99	0,99	0,00	0,00	0,99	877,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,20	0,20	0,00	0,00	0,20	4345,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5
angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege im Operationsdienst
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Sturzmanagement
2	Wundmanagement
3	Entlassungsmanagement
4	Qualitätsmanagement
	<i>insb. Risikomanagement</i>
5	Schmerzmanagement
6	Bobath
7	Dekubitusmanagement

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Unser Fachbereich innerhalb der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe deckt das gesamte Spektrum der gynäkologischen Grund- und Regelversorgung mit sämtlichen diagnostischen, konservativen und operativen Maßnahmen ab. Auf die optimale Versorgung unserer Patientinnen bzw. Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen legen wir dabei besonderen Wert.

Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe bietet eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie als auch modernste OP-Verfahren an. Im Bereich der Gynäkologie liegen die Schwerpunkte im Standort St. Josefs auf den gutartigen gynäkologischen Erkrankungen, unter anderem die Endometriose, Myome, Senkungsbeschwerden und Inkontinenz.

Im Rahmen unserer Spezialambulanzen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe erfolgt nach einem ausführlichen Gespräch mit Erhebung der genauen Beschwerden die spezialisierte Diagnostik für eine exakte und individuelle Diagnosefindung, die Beratung über die Möglichkeiten der Therapie mit Darstellung von Alternativen als auch die jeweiligen Vor- und Nachteile und die Planung der weiteren Therapieschritte nach gemeinsamer Entscheidungsfindung. Eine individuelle Behandlung jeder einzelnen Patientin ist dabei für uns eine Selbstverständlichkeit. Die Patientin soll die fachliche Kompetenz ebenso wie unsere menschliche Zuwendung spüren.

In Bezug auf die operativen Therapien wird der Fokus auf minimal-invasive Verfahren (so genannte Schlüssellochchirurgie), vaginale Operationen als auch die Verwendung modernster Techniken, wie z.B. Netze zur Behandlung der Senkungsbeschwerden und Inkontinenz, gesetzt. Im interdisziplinären Beckenboden- und Endometriosezentrum erfolgt eine enge Kooperation mit unseren Kooperationspartnern Urologie und Chirurgie.

Im Bereich der Geburtshilfe ist der Schwerpunkt die ganzheitliche Betreuung mit Berücksichtigung der individuellen Wünsche der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen als auch ihrer Partner. Jährlich schenken uns viele werdende Eltern ihr Vertrauen und zeigen uns in Zufriedenheitsbefragungen, dass sie sich in unserer Geburtshilfe bestens versorgt und betreut fühlen. Die integrative Wochenbettpflege und die Wohlfühlatmosphäre unserer Räumlichkeiten unterstützen dieses.

Die Ausstattung in unseren Kreißsälen und Wehenzimmern erlaubt es den Gebärenden, sich zwischen einer Vielzahl von Geburtspositionen zu entscheiden. Sollte die Gebärende den Wunsch einer Wassergeburt haben, wird sie in der Geburtshilfe im St. Josefs-Krankenhaus mit viel Erfahrung auf diesem Gebiet betreut. Bereits 15 Prozent der Kinder wurden in diesem Jahr in der Geburtswanne geboren - dieses ist deutschlandweit ein absoluter Spitzenwert. Ermöglicht wird es durch die 2:1-Hebammenbetreuung, die den werdenden Eltern dank des Beleghebammensystems gewährleistet wird. Neben den gängigen Methoden der Schmerzerleichterung (z.B. PDA) können die werdenden Mütter unter anderem auch auf Akupunktur, Homöopathie oder Lachgas zurückgreifen.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
URL:	http://st-josefs.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

- 1 (2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Michael Patrick Lux, Chefarzt, MBA
Telefon:	05258 10 333
Fax:	05258 10 310
E-Mail:	s.hershoff@sjks.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Strasse 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://st-josefs.de

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 1 Ambulante Entbindung
- 2 Betreuung von Risikoschwangerschaften
- 3 Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 4 Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 5 Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 6 Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
- 7 Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 8 Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 9 Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
- 10 Endoskopische Operationen
- 11 Geburtshilfliche Operationen
- 12 Gynäkologische Chirurgie
- 13 Inkontinenzchirurgie
- 14 Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
- 15 Native Sonographie
- 16 Pränataldiagnostik und -therapie
- 17 Spezialsprechstunde
Brustsprechstunde, Plastische Mammachirurgie, Diagnostisch genetische Beratung für an Brustkrebs erkrankte Patientinnen, Gyn. krebszentrum, Dysplasie, Urogenitalsprechstunde, Hebammen- und Risikosprechstunde, Inkontinenzsprechstunde
- 18 Urogynäkologie

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2108
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	818
2	O70	Dammriss unter der Geburt	328
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	191
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetalen Gefahrenzustand]	86
5	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	76

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	N81	Genitalprolaps bei der Frau	61
7	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	47
8	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	44
9	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	43
10	D25	Leiomyom des Uterus	23
11	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	21
12	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	20
13	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	20
14	O66	Sonstiges Geburtshindernis	17
15	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	17
16	O42	Vorzeitiger Blasensprung	16
17	O48	Übertragene Schwangerschaft	16
18	N80	Endometriose	12
19	P39	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	12
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	11
21	Q38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens	11
22	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	10
23	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	10
24	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	9
25	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	9
26	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	9

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	9
28	O00	Extrauterin gravidität	8
29	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	8
30	O90	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert	8

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	858
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	829
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	659
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	498
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	235
6	5-749	Andere Sectio caesarea	199
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	100
8	5-728	Vakuumentbindung	84
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	79
10	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	78
11	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	78
12	5-661	Salpingektomie	63
13	5-738	Episiotomie und Naht	44
14	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	40
15	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	39
16	5-469	Andere Operationen am Darm	31
17	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	29
18	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	28
19	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	25
20	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	25

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	25
22	5-740	Klassische Sectio caesarea	21
23	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	21
24	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	19
25	5-653	Salpingoovariektomie	16
26	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	14
27	5-259	Andere Operationen an der Zunge	12
28	9-984	Pflegebedürftigkeit	11
29	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	11
30	5-915	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	10

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 NOTFALLAMBULANZ (24H)

Notfallambulanz (24h)

LEISTUNGEN:

VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

VG06 - Gynäkologische Chirurgie

VG07 - Inkontinenzchirurgie

VG15 - Spezialsprechstunde

VG16 - Urogynäkologie

2 PRIVATAMBULANZ

Privatambulanz

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	113
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	70
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	63
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	8
5	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	8
6	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	7
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	4
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	4
9	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
10	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
11	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
12	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	< 4
13	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
14	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
15	1-559	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision	< 4
16	1-470	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen	< 4
17	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
18	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	< 4
19	5-710	Inzision der Vulva	< 4
20	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	< 4
21	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
22	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	< 4
23	5-661	Salpingektomie	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
25	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	< 4
26	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	< 4
27	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
28	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
29	5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	< 4
30	5-656	Plastische Rekonstruktion des Ovars	< 4

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	4,00	4,00	0,00	0,00	4,00	527,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	1054,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

Das ärztliche Personal der Gynäkologie und Geburtshilfe verteilt sich auf die Betriebsstätten St. Louise und St. Josefs und wird betriebsstättenübergreifend eingesetzt. Die Personaleinsatzplanung erfolgt flexibel zwischen den Betriebsstätten. An dieser Stelle des Qualitätsberichts wird nur ein Minimum ausgewiesen. Die vollständige Besetzung kann dem zusammengeführten Qualitätsbericht der Betriebsstätten entnommen werden.

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Akupunktur
2	Medikamentöse Tumorthherapie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,07	15,07	0,00	0,00	15,07	139,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,25	7,25	0,00	0,00	7,25	290,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,64	0,64	0,00	0,00	0,64	3293,8
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,20	1,20	0,00	0,00	1,20	1756,7
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,57	0,57	0,00	0,00	0,57	3698,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,06	2,06	0,00	0,00	2,06	1023,3
---	------	------	------	------	------	--------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Sturzmanagement
3	Wundmanagement
4	Bobath
5	Entlassungsmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Still- und Laktationsberatung

z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis,

Amb.=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5

angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5] Medizinische Klinik - Innere Medizin

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Medizinische Klinik - Innere Medizin

Die Abteilung für Innere Medizin im St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten, verfügt derzeit über 112 Betten. Pro Jahr versorgen wir etwa 4.200 Patienten stationär und über 3.200 Patienten ambulant.

In der Medizinischen Klinik wird ein breites Angebot für Diagnostik und Therapie allgemein-internistischer Erkrankungen vorgehalten, wobei ein gewisser Schwerpunkt bei den gastroenterologischen und kardiologischen Untersuchungen bzw. Therapien besteht. Als Abteilung eines Akademischen Lehrkrankenhauses werden auch Medizinstudenten im letzten Jahr (PJ'ler der Universität Göttingen) ausgebildet.

Die Schwerpunkte der Klinik sind:

- **Allgemeine Innere Medizin**
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Invasive Kardiologie**
- **Interdisziplinäre Intensivstation**

Oberärzte und Chefarzt versorgen gemeinsam mit engagierten Assistenzärztinnen/-ärzten sämtliche internistische Stationen, einschließlich der Intensivstation. Entsprechend der Philosophie ist die Klinik bemüht, den Patienten organübergreifend unter Berücksichtigung seiner individuellen Situation auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu betreuen. Dabei bietet sicherlich der Standort Salzkotten der St. Vincenz-Krankenhaus-GmbH aufgrund seiner kurzen Dienstwege beste Voraussetzungen zu einer solchen individuellen Versorgung.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik - Innere Medizin
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

- 1 (0100) Innere Medizin

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Jobst Greeve, Chefarzt
Telefon:	05258 10 161
Fax:	05258 10 160
E-Mail:	m.wolf@sjks.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Strasse 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
---	---

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 1 Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
- 3 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 4 Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

z. B. 3D-Echokardiographie, transöophageale Life-3D-Echokardiographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 5 Computertomographie (CT), nativ
- 6 Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
z.B. Kardio-CT
- 7 Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 8 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 9 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 10 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 11 Duplexsonographie
- 12 Sonographie mit Kontrastmittel
z.B. Echokardiographie inkl. Stress-Perfusions-Diagnostik
- 13 Endosonographie
- 14 Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
- 15 Schmerztherapie
- 16 Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 17 Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 18 Endoskopie
- 19 Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 20 Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 21 Eindimensionale Dopplersonographie
- 22 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 23 Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 24 Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 25 Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 26 Intensivmedizin
- 27 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 28 Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 29 Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
30	Native Sonographie
31	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
32	Palliativmedizin
33	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
34	Physikalische Therapie
35	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
36	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
37	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
38	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
39	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
40	Spezialsprechstunde
41	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
42	Teleradiologie
43	Transfusionsmedizin

B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1762
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	109
2	K29	Gastritis und Duodenitis	99
3	I50	Herzinsuffizienz	86
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	60
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	57
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	55

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	49
8	E86	Volumenmangel	47
9	K57	Divertikulose des Darmes	45
10	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	44
11	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	34
12	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	34
13	R07	Hals- und Brustschmerzen	31
14	D50	Eisenmangelanämie	30
15	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	29
16	R55	Synkope und Kollaps	28
17	I11	Hypertensive Herzkrankheit	27
18	A46	Erysipel [Wundrose]	26
19	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	25
20	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	25
21	A41	Sonstige Sepsis	24
22	I95	Hypotonie	24
23	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	22
24	K25	Ulcus ventriculi	21
25	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	21
26	K26	Ulcus duodeni	20
27	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	20
28	K70	Alkoholische Leberkrankheit	20
29	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	20
30	F41	Andere Angststörungen	17

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	751
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	568
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	444
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	333
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	292
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	250
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	123
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	86
9	1-710	Ganzkörperplethysmographie	73
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	48
11	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	44
12	5-469	Andere Operationen am Darm	42
13	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	36
14	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	32
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	29
16	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	26
17	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	25
18	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	24
19	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	24

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	24
21	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	23
22	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	21
23	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	21
24	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	19
25	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	17
26	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	16
27	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	16
28	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	16
29	9-401	Psychosoziale Interventionen	14
30	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	12

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	200
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	55
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	47
4	5-469	Andere Operationen am Darm	18
5	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	8
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	7
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	6
8	5-489	Andere Operation am Rektum	< 4
9	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
10	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4
11	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	5,58	5,58	0,00	0,00	5,58	315,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1762,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin und Kardiologie
2	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
3	Innere Medizin und Gastroenterologie
4	Innere Medizin

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie
2	Intensivmedizin
3	Proktologie
4	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	41,27	41,27	0,00	0,00	41,27	42,7
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,27	2,27	0,00	0,00	2,27	776,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,05	2,05	0,00	0,00	2,05	859,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement
3	Sturzmanagement
4	Dekubitusmanagement
5	Diabetes
6	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
7	Entlassungsmanagement
8	Qualitätsmanagement
9	Basale Stimulation

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[6] Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie

Ein großer Schwerpunkt der Abteilung ist die Hüft- und Kniegelenkersatzchirurgie. Dabei ist es unser Ziel, vor dem Einsetzen eines Gelenkimplantats alle gelenkerhaltenden Maßnahmen auszuschöpfen. Eine davon ist die "arthroskopisch assistierte Mini-open Operation" beim sogenannten Impingement der Hüfte, ein Verfahren speziell für junge Hüftpatienten zwischen 20 und 50 Jahren. Das St. Josefs-Krankenhaus ist das einzige Krankenhaus in Ostwestfalen, das diese Operationstechnik anbietet.

Zu den weiteren Schwerpunkten der Klinik gehört die Unfallchirurgie mit einer berufsgenossenschaftlichen Zulassung (Durchgangsarzt) zur Behandlung von Arbeits- und Schulunfällen sowie die Behandlung aller klassischen orthopädischen Krankheiten wie zum Beispiel Fußkrankungen, Schultererkrankungen usw.

Um optimale Ergebnisse zu erreichen und Sie bestmöglich zu betreuen, arbeiten wir in unserer Klinik sowie im ganzen Haus eng als Team zusammen.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

1 (1600) Unfallchirurgie

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. Marco Ezechieli, Chefarzt
Telefon:	05258 10 211
Fax:	05258 10 210
E-Mail:	s.vogt@sjks.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Strasse 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Fußchirurgie
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
7	Wirbelsäulenchirurgie
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 10 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 11 Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 12 Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 13 Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 14 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 15 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 16 Septische Knochenchirurgie
- 17 Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 18 Endoprothetik
zertifiziertes EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung gem. Anforderungskatalog DGOOC
- 19 Rheumachirurgie
- 20 Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
- 21 Traumatologie
- 22 Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 23 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 24 Spezialsprechstunde
- 25 Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 26 Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 27 Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 28 Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 29 Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 30 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 31 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 32 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 33 Handchirurgie

Zertifizierung

Unsere Klinik trägt das EndoCert-Gütesiegel als Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung. Es steht für eine hohe Implantationssicherheit und Qualität der medizinischen Behandlung sowie

eine bestmögliche Versorgung unserer Patienten. Diese wurde uns von externen Prüfern attestiert.



B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1111
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	195
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	120
3	S06	Intrakranielle Verletzung	92
4	S52	Fraktur des Unterarmes	80
5	S72	Fraktur des Femurs	78
6	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	76
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	55
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	34
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	32
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	27
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	22
12	M54	Rückenschmerzen	20
13	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	18
14	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	18
15	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	M75	Schulterläsionen	14
17	L03	Phlegmone	13
18	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	11
19	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	9
20	M86	Osteomyelitis	9
21	M87	Knochennekrose	9
22	Q65	Angeborene Deformitäten der Hüfte	9
23	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	8
24	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	8
25	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	8
26	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	7
27	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	7
28	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	7
29	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	6
30	M00	Eitrige Arthritis	6

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	433
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	412
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	332
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	266
5	5-986	Minimalinvasive Technik	188
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	141
7	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	139

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	121
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	116
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	98
11	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	90
12	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	83
13	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	83
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	82
15	5-784	Knochen transplantation und -transposition	80
16	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	80
17	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	71
18	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	56
19	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	49
20	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	46
21	5-783	Entnahme eines Knochen transplantates	43
22	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	40
23	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	38
24	5-916	Temporäre Weichteildeckung	37
25	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	37
26	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	36

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	31
28	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	28
29	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	26
30	5-786	Osteosyntheseverfahren	25

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	197
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	90
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	61
4	8-020	Therapeutische Injektion	47
5	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	7
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	6
7	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	6
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	5
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	5
10	1-697	Diagnostische Arthroskopie	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	4
12	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
13	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
15	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
16	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	< 4
17	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
18	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
19	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
20	5-856	Rekonstruktion von Faszien	< 4
21	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
22	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
23	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ja

Stationäre BG-Zulassung:

Ja

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	16,80	16,80	0,00	0,00	16,80	66,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,90	5,90	0,00	0,00	5,90	188,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEBEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Physikalische Therapie und Balneologie
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Notfallmedizin
4	Spezielle Orthopädische Chirurgie
5	Sportmedizin

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,87	18,87	0,00	0,00	18,87	58,9
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,06	1,06	0,00	0,00	1,06	1048,1
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,28	1,28	0,00	0,00	1,28	868,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,34	0,34	0,00	0,00	0,34	3267,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege im Operationsdienst
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Sturzmanagement
2	Wundmanagement
3	Entlassungsmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Bobath
7	Dekubitusmanagement

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[7] Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie

Das St. Josefs-Krankenhaus verfügt über eine zentrale Radiologie, in der alle Röntgenuntersuchungen, die die Ärzte des Krankenhauses anfordern, durchgeführt werden. Mit zeitgemäßen modernen Geräten ausgestattet werden alle gängigen radiologischen Untersuchungen einschließlich Computertomographien von den 8 Medizinisch-technischen Röntgenassistenten/innen angefertigt.

Die überwiegende Zahl der Untersuchungen betrifft die typischen Röntgenaufnahmen der Brust- und Bauchorgane sowie der Extremitäten. Die Anwendung digitaler Techniken bei der Erstellung von Röntgenaufnahmen verbessert die Qualitätsstandards und reduziert das Maß der anzuwendenden Röntgenstrahlung auf das Notwendige.

Exakte Einblicke in den Körper erlaubt die Computertomographie, die Schnittbilder der untersuchten Körperregion erstellt. Hier können in kürzester Zeit Patienten mit Erkrankungen der inneren Organe untersucht und der Therapie zugeführt werden. Auch für die Beurteilung knöcherner Verletzungen stellt die Computertomographie ein exzellentes Verfahren dar.

Durch die Zusammenarbeit mit der Klinik für Radiologie des St. Vincenz-Krankenhauses Paderborn ist sowohl tagsüber durch Anwesenheit eines Radiologen als auch außerhalb der regulären Dienstzeiten durch teleradiologische Verbindung eine ständige fachärztliche Betreuung gesichert. Das St. Josefs-Krankenhaus bietet somit neben der täglichen Routine eine umfassende radiologische Notfallversorgung rund um die Uhr.

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Paderborn
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

1 (3751) Radiologie

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Mete Datak, Chefarzt
Telefon:	05251 86 1551
Fax:	05251 86 1552
E-Mail:	b.giese@vincenz.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Str. 12
PLZ/Ort:	33154 Paderborn
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 1 Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 2 Computertomographie (CT), nativ
- 3 Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 4 Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- 5 Interventionelle Radiologie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

6 Kinderradiologie

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Für die Klinik nicht zutreffend.

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Für die Klinik nicht zutreffend.

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Alle erbrachten MRT-Untersuchungen am Standort Salzkotten sind im St. Vincenz Krankenhaus in Paderborn durchgeführt worden, da die Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie/Neuroradiologie Standortübergreifend agiert. Ausgewiesen werden diese dennoch am Standort Salzkotten um das Leistungsspektrum der anderen Fachabteilungen möglichst umfänglich abbilden zu können.

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	591
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	396
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	388
4	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	253
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	208
6	3-206	Native Computertomographie des Beckens	157
7	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	121

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	93
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	50
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	32
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	26
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	23
13	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	21
14	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	19
15	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	9
16	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	7
17	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	6
18	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	5
19	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	4
20	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
21	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
22	3-201	Native Computertomographie des Halses	< 4
23	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	< 4
24	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	< 4
25	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	< 4
26	3-822	Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
27	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	< 4
29	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	< 4
30	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	< 4

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

Das radiologische Personal der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH ist auf alle drei Betriebstätten verteilt. Die Personaleinsatzplanung erfolgt flexibel zwischen allen drei Betriebstätten.

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Das radiologische Personal ist in der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH angestellt. Die Radiologie agiert standortübergreifend, sodass auch das Personal rotiert. Eine genaue Zuordnung ist deshalb nicht möglich. Auf Grund der fehlenden Möglichkeit standortübergreifendes Personal in diesem Bericht auszuweisen, ist das Personal deshalb vollständig dem Standort Paderborn zugewiesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

Das ärztliche Personal verteilt sich auf alle drei Betriebsstätten wird betriebsstättenübergreifend eingesetzt. Die Personaleinsatzplanung erfolgt flexibel zwischen den Betriebsstätten. An dieser Stelle des Qualitätsberichts wird kein Personal ausgewiesen. Die vollständige Besetzung kann dem zusammengeführten Qualitätsbericht der Betriebsstätten entnommen werden.

B-[7].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Radiologie
2	Radiologie, SP Kinderradiologie
3	Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Magnetresonanztomographie - fachgebunden -
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Das radiologische Personal ist in der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH angestellt. Die Radiologie agiert standortübergreifend, sodass auch das Personal rotiert. Eine genaue Zuordnung ist deshalb nicht möglich. Auf Grund der fehlenden Möglichkeit standortübergreifendes Personal in diesem Bericht auszuweisen, ist das Personal deshalb vollständig dem Standort Paderborn zugewiesen.

B-[8] Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

Das hochqualifizierte Anästhesie-Team im St. Josefs-Krankenhaus betreut alle Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterziehen müssen und steht zudem rund um die Uhr für Entbindungen zur Verfügung. Auch die interdisziplinäre Intensivstation und die Therapie chronischer Schmerzen liegen in der Verantwortung der Anästhesie.

Mit modernen, schonenden Verfahren schaltet die Anästhesie den Operationsschmerz aus. Besonderen Wert legen wir dabei auf die Reduzierung der Nachwirkungen und der postoperativen Schmerzen. Bei jeder Narkose - so der Laienbegriff - wählen wir in Abstimmung mit dem Patienten immer das individuell schonendste Verfahren aus. Moderne Medikamente sorgen dafür, dass die meisten Vollnarkosen heute weniger belastend und sehr viel besser verträglich sind als früher. Mit der zusätzlichen Gabe vorbeugender Medikamente, können wir heute bei Bedarf die Übelkeit nach der Narkose verhindern. Auch verschiedene Techniken können die Belastung verringern, zum Beispiel die Regionalanästhesie, die nur die betroffene Körperregion betäubt.

Auch wenn das Narkose-Risiko in den letzten 25 Jahren um 95 Prozent gesunken ist, hat in unserem Haus die Sicherheit des Patienten allerhöchste Priorität. Mit intensiven Vorgesprächen, der sorgfältigen Auswahl des Anästhesieverfahrens, genauer Medikamentensteuerung und modernster technischer Überwachung während der Narkose sorgen wir dafür, dass Operationen auch bei kranken oder älteren Patienten sicher durchgeführt werden können. Maßnahmen, wie die Bereitstellung von Blutkonserven oder die Verhinderung von Auskühlung während der OP schaffen zusätzliche Sicherheit.

Auch der Abteilung für Geburtshilfe stehen wir rund um die Uhr zur Verfügung. Dort können wir auf Wunsch mit einer Regionalanästhesie den Geburtsschmerz ganz wesentlich verringern. Natürlich sind wir auch da, falls ein Kaiserschnitt in Narkose erforderlich ist.

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Dr.-Krismann-Straße
Hausnummer:	12
PLZ:	33154
Ort:	Salzkotten

URL: <http://www.st-josefs.de>

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

1 (3700) Sonstige Fachabt.

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Baur , Chefarzt
Telefon:	05258 10 241
Fax:	05258 10 242
E-Mail:	anaesthesie@sjks.de
Adresse:	Dr.-Krismann-Str. 12
PLZ/Ort:	33154 Salzkotten
URL:	http://www.st-josefs.de

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 1 Anästhesiologie
operative Anästhesie
- 2 Anästhesie in der Geburtshilfe
- 3 Intensivmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

- 4 Schmerztherapie
- 5 Palliativmedizin
- 6 Transfusionsmedizin

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Für die Klinik nicht zutreffend.

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Für die Klinik nicht zutreffend.

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die OPS-Codes der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, die als selbstständige Leistungen auch definitionsgemäß codiert werden dürfen, sind unter B-X.7 der einzelnen bettenführenden Fachabteilungen dargestellt.

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-[8].11 Personelle Ausstattung

Das anästhesiologische Personal der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH ist auf alle 3 Betriebsstätten verteilt. Die Personaleinsatzplanung erfolgt flexibel zwischen allen drei Betriebsstätten. An dieser Stelle des Qualitätsberichts wird nur ein Minimum ausgewiesen. Die vollständige Besetzung kann dem zusammengeführten Qualitätsbericht der Betriebsstätten entnommen werden.

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[8].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie
2	Innere Medizin

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Diabetologie
3	Intensivmedizin
4	Notfallmedizin
5	Palliativmedizin
6	Spezielle Schmerztherapie

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50					
---	-------	--	--	--	--	--

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,52	7,52	0,00	0,00	7,52	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,22	0,22	0,00	0,00	0,22	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege im Operationsdienst

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Herzschrittlemacher-Implantation (09/1)
Fallzahl:	Datenschutz
Dokumentationsrate (%):	Datenschutz
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Herzschrittlemacher-Aggregatwechsel (09/2)
Fallzahl:	Datenschutz
Dokumentationsrate (%):	Datenschutz
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Herzschrittlemacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantat (09/3)

Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)
Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)
Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)
Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Karotis-Revaskularisation (10/2)
Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Gynäkologische Operationen (15/1)
Fallzahl:	501
Anzahl Datensätze:	100

Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugnisbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Geburtshilfe (16/1)
Fallzahl:	3351
Anzahl Datensätze:	941
Dokumentationsrate (%):	95,8
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugnisbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)
Fallzahl:	119
Anzahl Datensätze:	35
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugnisbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Mammachirurgie (18/1)
Fallzahl:	504
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugnisbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)
Fallzahl:	274
Anzahl Datensätze:	61
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugnisbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)
Fallzahl:	391
Anzahl Datensätze:	254

Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnel.
Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprophelische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)
Fallzahl:	374
Anzahl Datensätze:	259
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnel.
Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung: HüftEndoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)
Fallzahl:	17
Anzahl Datensätze:	14
Dokumentationsrate (%):	105,9
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnel.
Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung (KEP)
Fallzahl:	245
Anzahl Datensätze:	131
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefogen berechnel.
Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothesen (KEP_IMP)
Fallzahl:	234
Anzahl Datensätze:	122
Dokumentationsrate (%):	99,6

Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)
Fallzahl:	11
Anzahl Datensätze:	8
Dokumentationsrate (%):	109,1
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Neonatologie (NEO)
Fallzahl:	<i>Datenschutz</i>
Dokumentationsrate (%):	<i>Datenschutz</i>
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leistungsbereich:	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)
Fallzahl:	452
Anzahl Datensätze:	100
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

1 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID

54120

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

2,63

Risikoadjustierte Rate

0

Vertrauensbereich

1,08 % - 5,04 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,52
Grundgesamtheit	14

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

2 Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	78,05 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	63,29 % - 88 %

FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	32
	Erwartete Ereignisse	41
	Grundgesamtheit	41
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesergebnis	92,6
	Referenzbereich	≥ 90.00 %
	Vertrauensbereich	92,49 % - 92,79 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54033
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,56
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,22 % - 1,25 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	7,11
Grundgesamtheit	30
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.16 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**54042**

Leistungsbereich

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

0

Risikoadjustierte Rate

0

Vertrauensbereich

0 % - 0,97 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

3,55

Grundgesamtheit

35

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,03 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

5	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
---	--

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagentexte/Qualitätsergebnis-ist-aufgrund-von-Anpassungen-der-Rechenregel-oder-Ein-oder-Ausschlusskriterien-der-zu-dokumentierenden-Fälle-in-dem-QS-Verfahren-nur-eingeschränkt-mit-den-Vorjahresergebnissen-vergleichbar.pdf Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,55
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
---	--

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	11,1
Referenzbereich	≤ 15.00 %
Vertrauensbereich	10,86 % - 11,36 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

7	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
---	--

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,9
Referenzbereich	≤ 5.44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,79 % - 2,01 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	93,94 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	80,39 % - 98,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	33
Grundgesamtheit	33

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,3
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	97,16 % - 97,44 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

9 Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,49 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	94,25 % - 98,92 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	194
Erwartete Ereignisse	199
Grundgesamtheit	199

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,6
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	97,58 % - 97,72 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
----	--

Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	92,86 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	68,53 % - 98,73 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	14
Grundgesamtheit	14

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	93,4
Referenzbereich	≥ 86.00 %
Vertrauensbereich	93,02 % - 93,72 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

11	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
----	--

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	10,3
Referenzbereich	≤ 15.00 %
Vertrauensbereich	10,11 % - 10,59 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

12 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,89 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	96,04 % - 99,69 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	178
Erwartete Ereignisse	180
Grundgesamtheit	180

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,3
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,4 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

13	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
----	---

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlanger 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlanger 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,46
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,18 % - 1,16 %

FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	8,71
	Grundgesamtheit	245
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesergebnis	1
	Referenzbereich	≤ 2.44 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,04 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
14	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54015
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,21
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↪ unverändert

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID**54016**

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

0 %

Risikoadjustierte Rate

0

Vertrauensbereich

—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis

1,5

Referenzbereich

≤ 6.48 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich

1,42 % - 1,54 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↻ unverändert

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	13
Grundgesamtheit	13
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	7
Referenzbereich	≤ 19.26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	6,59 % - 7,36 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 8,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	42
Grundgesamtheit	42
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	4,7
Referenzbereich	≤ 11.54 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,56 % - 4,9 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID**54019**

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

2,51 %

Risikoadjustierte Rate

0

Vertrauensbereich

1,08 % - 5,75 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

5

Erwartete Ereignisse

199

Grundgesamtheit

199

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis

2,3

Referenzbereich

≤ 7.32 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich

2,21 % - 2,35 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↻ unverändert

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	1,17
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,04 %

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	181
Grundgesamtheit	181
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,07 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	1,69
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	200
Grundgesamtheit	200

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,06 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

22 Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,17 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	92,01 % - 99,03 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	103
Erwartete Ereignisse	106
Grundgesamtheit	106

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	98,05 % - 98,2 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

23 Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	67,56 % - 100 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	8
Grundgesamtheit	8

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	94,4
Referenzbereich	≥ 86.00 %
Vertrauensbereich	94,01 % - 94,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

24 Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	81,57 % - 100 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	17
Grundgesamtheit	17

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,4
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	97,17 % - 97,59 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
----	---

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlger 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlger 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 8,17 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46
Grundgesamtheit	130
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich	≤ 4.95 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,17 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

26	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
----	---

Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8
Grundgesamtheit	8
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	3,8
Referenzbereich	≤ 10.40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,44 % - 4,11 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

27	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
----	---

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 3,03 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	123
Grundgesamtheit	123
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,2
Referenzbereich	≤ 4.38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,23 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
----	---

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich	≤ 3.80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 0,99 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

29	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
----	---

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8
Grundgesamtheit	8
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	4,4
Referenzbereich	≤ 12.79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,09 % - 4,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

30

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	120
Grundgesamtheit	120
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

31	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
----	--

Ergebnis-ID	54128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	120
Grundgesamtheit	120
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	99,8
Referenzbereich	≥ 98.27 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

32

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	24
Grundgesamtheit	24

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,02 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

33 Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	9
Grundgesamtheit	9

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	20,1
Referenzbereich	≤ 44.70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,41 % - 20,84 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	21
Grundgesamtheit	21

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	88,6
Referenzbereich	≥ 74.11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	88,23 % - 88,88 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35		Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
Ergebnis-ID		52283	
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)		0 %	
Risikoadjustierte Rate		0	
Vertrauensbereich		—	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)	
Grundgesamtheit		(Datenschutz)	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesergebnis		3	
Referenzbereich		≤ 6.19 % (90. Perzentil)	
Vertrauensbereich		2,9 % - 3,12 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	

36	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID		321
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		—
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		0,2
Vertrauensbereich		0,22 % - 0,24 %
37	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
Ergebnis-ID		51397
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,07
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %

38

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 68,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04
Grundgesamtheit	14
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 5.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,16 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

39 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,82
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,72 % - 0,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	188
Erwartete Ereignisse	230,21
Grundgesamtheit	936
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 1.24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,01 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,94
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich	≤ 3.23 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,97 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

41 Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	7,8
Referenzbereich	≤ 20.00 %
Vertrauensbereich	7,35 % - 8,24 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	2,79
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich	≤ 4.18
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,19 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

43 Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	10
Grundgesamtheit	10

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 5.00 %
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

44 Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	96,9
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 97,13 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben	
	Ergebnis-ID	50045
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	98,02 % - 100 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	190
	Erwartete Ereignisse	190
	Grundgesamtheit	190
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	99
	Referenzbereich	≥ 90.00 %
	Vertrauensbereich	98,94 % - 99,02 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

46	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)	
	Ergebnis-ID	51803
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,45
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,77 % - 2,75 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	6,19
Grundgesamtheit	919
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich	≤ 2.32
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,09 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

47	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein	
Ergebnis-ID	330	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	-	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	96,6	
Referenzbereich	≥ 95.00 %	
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,97 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
48	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten	
Ergebnis-ID	1058	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4
Grundgesamtheit	4

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	0,3
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,43 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

49 Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	91,55 % - 98,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	97
Erwartete Ereignisse	100
Grundgesamtheit	100
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,8
Referenzbereich	≥ 95.00 %
Vertrauensbereich	98,73 % - 98,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

50

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,94 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	91,38 % - 98,95 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	95
Erwartete Ereignisse	98
Grundgesamtheit	98
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,8
Vertrauensbereich	98,79 % - 98,87 %

51

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID

2007

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,5
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,81 %

52

Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	92 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	83,63 % - 96,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	69
Erwartete Ereignisse	75
Grundgesamtheit	75
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	93,2
Referenzbereich	≥ 90.00 %
Vertrauensbereich	93,08 % - 93,34 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

53 Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,33 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	91,14 % - 99,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	60
Grundgesamtheit	60
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,5
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,41 % - 96,58 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

54	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	93,89 % - 100 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	59
Grundgesamtheit	59
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,7
Vertrauensbereich	98,62 % - 98,73 %

55

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	17,2 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	10,88 % - 26,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	93
Grundgesamtheit	93

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	15,5
Vertrauensbereich	15,35 % - 15,69 %

56

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID

50778

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,94
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,41 % - 2,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,3
Grundgesamtheit	76
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 1.98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	95,92 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	89,97 % - 98,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	98
Grundgesamtheit	98
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,8
Referenzbereich	≥ 95.00 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 96,82 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagentexte/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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagentexte/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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0,63
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	17,35
Grundgesamtheit	5168

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Referenzbereich	≤ 2.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,06 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

59	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
----	---

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 0,07 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5168
Grundgesamtheit	5168

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,1
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,06 %

60	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
----	--

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,19 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,36 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	5168
Grundgesamtheit	5168

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,3
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,33 %

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 oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5168
Grundgesamtheit	5168
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0 % - 0 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	96,77 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	90,94 % - 98,9 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	93
Grundgesamtheit	93

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,7
Vertrauensbereich	98,63 % - 98,73 %

Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID**232009_50722**

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

QSKH

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

50722

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk. 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

96,7 %

Risikoadjustierte Rate

0

Vertrauensbereich

90,75 % - 98,87 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

88

Erwartete Ereignisse

91

Grundgesamtheit

91

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis

96,7

Vertrauensbereich

96,63 % - 96,79 %

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.

Ergebnis-ID**232010_50778**

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

QSKH

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	3,92
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
65	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,08
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0,5 % - 2,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,56
Grundgesamtheit	82
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

66

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	18 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	11,7 % - 26,67 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	100
Grundgesamtheit	100
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	17,1
Vertrauensbereich	16,92 % - 17,2 %

67

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	93,36 % - 100 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	54
Grundgesamtheit	54
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,6
Vertrauensbereich	98,57 % - 98,71 %

68 Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232005_2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski. 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,18 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	90,39 % - 99,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	55
Grundgesamtheit	55
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	95,9
Vertrauensbereich	95,77 % - 96 %

69

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski. 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	96,74 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	90,85 % - 98,88 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	89
Erwartete Ereignisse	92
Grundgesamtheit	92

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	98,7
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,8 %

70

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski. 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,9
Vertrauensbereich	96,41 % - 97,26 %

71

Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).

Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	88,75 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	79,98 % - 93,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	71
Erwartete Ereignisse	80
Grundgesamtheit	80
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	83
Vertrauensbereich	82,89 % - 83,19 %

72

Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungski 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	77,5 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	62,5 % - 87,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	40
Grundgesamtheit	40
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	92,7
Vertrauensbereich	92,52 % - 92,87 %

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- ☐ Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- ☒ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	107
Begründung:	

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	107
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	165
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen:

VEREINBARUNG	
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1 <i>Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org</i>
3	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL:

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2. 2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Ja
Nimmt das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil?	Ja
Hat das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen?	Ja

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	22
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	20
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	20

* 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 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 4
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 4
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 5
Schicht:	Tagschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 4
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	90
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 4
Schicht:	Nachtschicht

Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	93,33
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 5
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	96,67
Der pflegesensitive Bereich:	Kardiologie
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	95

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Unser Qualitätsverständnis

Unsere Arbeit ist stets von christlichen Werten geprägt. Diese haben Eingang in das Leitbild unseres Krankenhauses gefunden. Qualitätspolitik in unserem Haus orientiert sich an diesem Leitbild und richtet sich auf die optimale Versorgung der Patienten und die Zufriedenheit aller mit uns in Kontakt stehenden Menschen. Neben unseren Patienten sind dies beispielsweise einweisende Ärzte, Lieferanten und nicht zuletzt unsere Mitarbeiter.

Veränderte gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen, aber auch neueste Ergebnisse

medizinischer und pflegerischer Forschung bringen Veränderungen mit sich, an die die Prozesse in unserem Haus angepasst werden müssen. Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung vollzieht sich im Rahmen eines durchgängigen Qualitätsmanagementsystems, das wir in den letzten Jahren etabliert haben.

Das Qualitätsmanagementsystem selbst dient dazu, Prozesse wie z. B. Behandlungsprozesse für alle Beteiligten transparent zu machen. Die Dokumentation von Prozessen und Abläufen schafft gleichzeitig eine Basis für die Anpassung an fortschrittliche Methoden wie auch an veränderte Rahmenbedingungen. Mit der Dokumentation werden Prozesse fassbar und damit für Verbesserungsvorschläge zugänglich. Einzelleistungen lassen sich besser aufeinander abstimmen. Qualitätspolitik kann und soll der Motor sein, der den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung antreibt.

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH ist ein Unternehmen in der Trägerschaft der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vincenz von Paul in Paderborn. Grundlage der im Leitbild verankerten Grundsätze bildet daher die Spiritualität des hl. Vincenz von Paul an dessen Lebensvorbild sich die Trärgemeinschaft orientiert. Ihren Ursprung hat die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vincenz von Paul, Paderborn in der 1734 gegründeten Kongregation der Barmherzigen Schwestern in Straßburg. Von dort kamen am 25. März 1841 vier Schwestern nach Paderborn, um hier im Erzbistum Paderborn armen, kranken und leidenden Menschen nach dem Vorbild des hl. Vincenz von Paul zu dienen. Der hl. Vincenz von Paul lebte von 1581 -1660 und gilt in der katholischen Kirche als Begründer der modernen und organisierten Caritas. Zusammen mit Louise von Marillac gründete er die Genossenschaft der Filles de la charite. Eine Gemeinschaft von Frauen, die sich unter der Führung von Louise von Marillac den vielfältigen Nöten der Menschen im 17. Jahrhundert entgegenstellten. Durch das Wirken des hl. Vincenz entstanden viele Hilfswerke für Kranke, Obdachlose, Gefangene, Kriegsoffer, Findelkinder, Bettler und alle am Rand der Gesellschaft lebenden Menschen. Grundlage seines Wirkens war der Auftrag des Evangeliums Hungdachlose zu beherbergen, Nackte zu bekleiden, Kranke zu besuchen und Gefangenen beizustehen. (Vgl. Mt 25,35) Nach dem Vorbild des hl. Vincenz entstanden viele Hilfswerke und Einrichtungen, die sich für Menschen in den unterschiedlichsten Nöten einsetzen. In dieser Tradition steht auch das St. Vincenz- Krankenhaus mit seinen Einrichtungen. Aus dem Verstehen des hl. Vincenz, den Auftrag des Evangeliums im Alltag umzusetzen, entstand das Leitbild. Es beschreibt die Grundlagen unserer Arbeit und unsere gemeinsamen Ziele.

Unser Menschenbild

Wir glauben, dass jeder Mensch ein einzigartiges Geschöpf Gottes ist. Dies begründet die Würde aller Menschen, die Gleichwertigkeit der Geschlechter, Rassen und Völker, die Unantastbarkeit des Lebens und den Respekt vor dem Tod. Der Wert des Menschen ist einzig bestimmt durch sein Wesen vor Gott und nicht durch Leistung, Herkunft, soziale Stellung oder Unversehrtheit. In der Person Jesu Christi ist uns Hoffnung und Mut, Zeichen und Ziel geben, womit wir leben können. Deshalb achten wir den Menschen in seiner Einmaligkeit als Einheit von Körper, Geist und Seele. Wir haben Ehrfurcht vor dem Leben in jeder Phase, ob gesund, krank oder behindert unabhängig von Rasse, Weltanschauung, gesellschaftlicher Stellung und sozialer Herkunft. Wir nehmen die emotionalen Befindlichkeiten wie Freude, Angst, Sorge und Trauer wahr und versuchen, ihnen angemessen zu begegnen. Wir sehen Krankheit und Behinderung als Bestandteile des menschlichen Lebens an, die wir zum Guten verändern können und wollen. Heilung ist letztlich jedoch Geschenk Gottes.

Unser Auftrag gegenüber unseren Patienten

Sinn unseres Handelns ist es, den kranken Menschen, die bei uns im Krankenhaus aufgenommen und betreut werden, zu heilen und zu pflegen. Auch wenn Krankheit und Leid nach unserem Verständnis zum menschlichen Leben gehören, bedeuten sie doch für Patienten und deren Angehörige tiefe Einschnitte und Erfahrungen, die bedrückend, aber auch heilsam sein können. Menschen kommen zu uns, um Heilung ihrer Krankheiten oder Linderung ihrer Leiden zu finden. Dazu setzen wir die modernen Erkenntnisse und Verfahren in Diagnostik, Therapie und Pflege bestmöglich ein und berücksichtigen Elemente komplementärer Heilmethoden. Orientierung für unser Tun finden wir im Willen des Patienten, in den anerkannten Maßstäben der medizinischen und pflegerischen Wissenschaften sowie in der medizinischen und christlichen Ethik. Durch die Zuwendung zum Patienten nehmen wir nicht nur seine körperlichen, sondern auch seine seelischen wie auch religiösen Bedürfnisse und Nöte ernst und entsprechen ihnen soweit wie möglich. Zur Achtung der menschlichen Würde gehört auch die einfühlsame und wahrheitsgemäße Aufklärung. Selbstverständlicher Teil unseres Dienstes am Kranken ist die Seelsorge und die sakramentale Begleitung.

Ein wichtiger Bestandteil unserer Betreuung ist die rechtzeitige Sorge um die Folgen der Krankheit. Dazu gehört z. B. die Förderung der Eigeninitiative, die Einschaltung sozialer und pflegerischer Dienste und weiterer Einrichtungen der Nachbehandlung und Nachsorge. Sterbende Menschen begleiten wir und schenken ihnen besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung. Unsere Bemühungen für die Patienten bewegen sich dabei im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Verwirklichung unseres Auftrages.

Unser Umgang miteinander

Um den Auftrag gegenüber unseren Patienten erfüllen und ein unserem Menschenbild entsprechendes Miteinander bewirken zu können, bilden Dienstgeber, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Dienstgemeinschaft. Diese Gemeinschaft lebt aus der Arbeit an der Verwirklichung der Ziele und der Sorge des Dienstgebers für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aus diesem Verständnis ergeben sich folgende Grundsätze für unseren Umgang miteinander:

- Wir schätzen die Arbeit und die Person eines Jeden, der zur Dienstgemeinschaft zählt.
- Wir gehen freundlich miteinander um.
- Wir begegnen einander in Offenheit und Ehrlichkeit.
- Wir nehmen Verantwortung im eigenen Bereich und für das ganze Krankenhaus wahr und entwickeln Teamgeist.
- Wir geben anderen Teil an unseren Kenntnissen und Fähigkeiten.
- Wir stehen zu eigenen Fehlern und Versäumnissen und sind zu Veränderung bereit.
- Wir nehmen Kritik an und tragen durch konstruktive Kritik und Anerkennung zur persönlichen Entwicklung eines jeden in der Dienstgemeinschaft bei.
- Wir gehen mit Konflikten und Spannungen konstruktiv um.
- Wir reden nicht übereinander, sondern miteinander.
- Wir tragen Sorgen gemeinsam und teilen Freude miteinander.
- Wir geben Zeugnis von unserer christlichen Lebenseinstellung.

In der Verwirklichung unserer Ziele kommen den Führungsverantwortlichen besondere Aufgaben zu. Ihr Auftrag ist es sicherzustellen, dass jeder Patient die ihm nötige Hilfe durch menschliche Zuwendung fachlich kompetenter pflegerischer, ärztlicher und seelsorglicher Dienste aus unserem Selbstverständnis heraus erhält. Dies ist nur dann möglich, wenn der Einsatz jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters stimmt und sich die Atmosphäre des Miteinanders und das Arbeitsklima unserer Einrichtungen sich an den aufgeführten Grundsätzen orientiert.

Führungsgrundsätze für die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH

Die Führungsverantwortlichen unserer Einrichtungen haben bei der Verwirklichung der Ziele und Gestaltung des Miteinanders besondere Aufgaben. Deshalb hat der Träger zusammen mit Führungsverantwortlichen als Hilfe und Orientierung für ein Gelingen des Miteinanders Führungsgrundsätze erarbeitet, die es zu beachten gilt:

Die Führungsverantwortlichen achten die Person und Würde ihrer Mitarbeiter, indem sie:

- für diese einstehen,
- jegliche Form von Diskriminierung (Herkunft, Geschlecht usw.) unterbinden,
- jedem Mitarbeiter gegenüber fair und gerecht sind,
- auf Gesundheit, Wohlergehen und Förderung der Mitarbeiter achten,
- sich Zeit für ihre Mitarbeiter nehmen,

Die Führungsverantwortlichen setzen sich für die Qualität der Leistung des Unternehmens ein, in dem sie:

- die fachliche Qualität der Leistungen überprüfen, in regel- mäßigen Mitarbeitergesprächen beurteilen und kontinuierlich fördern,
- den Einsatz ihrer Mitarbeiter anerkennen, Leistungen, die über das normale Maß hinausgehen, hervorheben und umgekehrt Mängel darlegen und konstruktiv kritisieren,
- sich selbst hinterfragen und für Kritik offen sind,
- die Mitarbeiter anhalten, dafür zu sorgen, dass die Patienten optimal medizinisch, pflegerisch und seelsorglich betreut werden. Dabei sind die berechtigten Bedürfnisse des einzelnen nach Möglichkeit zu berücksichtigen,
- darauf achten, dass der Umgang der Mitarbeiter untereinander, aber auch gegenüber den Patienten von Vertrauen und gegenseitiger Achtung geprägt ist,
- höfliche Umgangsformen und eine entsprechende Sprache und Kommunikation einfordern,
- Vorbilder für ihre Mitarbeiter sind.

Die Führungsverantwortlichen unterstützen und motivieren ihre Mitarbeiter, ihre Aufgaben zu erfüllen, indem sie:

- eine effiziente und durchschaubare Organisation schaffen, in der klare Ziele und Standards vereinbart werden,
- Kompetenzen delegieren und Mitarbeiter an Entscheidungen verantwortlich beteiligen,
- die Mitarbeiter kontinuierlich und umfassend informieren, unter Berücksichtigung der Schweigepflicht,
- sie auffordern, Informationen und Anregungen weiter zu geben.
- Betriebsklima und Teamgeist unterstützen,
- die Fortbildung der Mitarbeiter in fachlicher, ethischer und religiöser Hinsicht fördern,
- für eine gerechte Arbeitsaufteilung sorgen und Sonderbelastungen gerecht verteilen.

Wirtschaftlichkeit und Qualität

Der Maßstab unseres wirtschaftlichen Handelns bemisst sich nicht nach dem Wünschenswerten, sondern den begrenzten Mitteln und gesetzlichen Vorgaben. Deshalb fühlen wir uns verpflichtet, unsere personellen Möglichkeiten und finanziellen Ressourcen sinnvoll und effektiv einzusetzen. Für alle Leistungsbereiche sind Verantwortung, Planung, Steuerung und Kontrolle wesentliche Elemente der Betriebsführung. Qualitätssicherung und -verbesserung werden regelmäßig durch Standards überprüft und besprochen. Der Wechselwirkung von Rentabilität und Qualität sind wir uns bewusst und versuchen sie durch Kostentransparenz und festgelegte medizinische Ausrichtung in Einklang zu bringen. Der bewusste verantwortliche Umgang mit allen Verbrauchsgütern dient nicht nur der Wirtschaftlichkeit, sondern ist gleichzeitig ein Beitrag zur Bewahrung der Schöpfung. Die Kriterien einer solchen Betriebsführung sind Voraussetzung, um wettbewerbs- und entwicklungsfähig zu bleiben.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zum Erhalt und zur Entwicklung von Kompetenz und Qualität sowie zur Förderung von Eigeninitiative und Mitverantwortung ist es erforderlich, sich im fachlichen, persönlichen, ethischen und religiösen Bereich aus-, fort- und weiter zu bilden. Jeder Mitarbeiter trägt Verantwortung für seine persönliche Fort- und Weiterbildung. Sichtbarer Ausgangspunkt unseres Bildungsauftrags sind unsere Ausbildungsstätten in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz und in der Hebammenausbildung sowie die Verpflichtungen als akademisches Lehrkrankenhaus. Zur Erfüllung dieses Auftrags fühlen wir uns mitverantwortlich für eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung. Unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und der Möglichkeiten des Krankenhauses werden Konzepte zur Fort- und Weiterbildung erstellt und ständig aktualisiert. Es ist eine selbstverständliche Verpflichtung, die in Fort- und Weiterbildung erworbenen Kenntnisse weiter zu vermitteln.

Unser Umgang mit der Öffentlichkeit

Ein wichtiger Bestandteil erfolgreichen Wirkens unseres Unternehmens ist neben der bestmöglichen innerbetrieblichen Information die sachgerechte Kommunikation mit allen, die an der Betreuung kranker Menschen beteiligt und interessiert sind. Dazu zählen insbesondere lebendige und vielfältige Kontakte und eine gute Zusammenarbeit mit

- niedergelassenen Ärzten,
- anderen Krankenhäusern und Kliniken,
- ambulanten und stationären Pflege- und Sozialeinrichtungen,
- Selbsthilfegruppen,
- Behörden und Kostenträgern.

Um die Ziele und den Leistungsstandard unserer Einrichtungen der Öffentlichkeit darzustellen, nutzen wir die Vielfalt der Medien und bieten Fort- und Weiterbildungen sowie Aufklärungsveranstaltungen für interessierte Zielgruppen an. Die glaubwürdigste Darstellung unserer Leistungen der Öffentlichkeit gegenüber ist jedoch ohne Zweifel eine fachlich und menschlich gute Arbeit aller Mitglieder der Dienstgemeinschaft. Deshalb sind wir auch dankbar für Kritik, Wünsche, Anregungen und Vorschläge, die an uns herangetragen werden.

Schlusswort

Um das Leitbild erfolgreich umzusetzen, muss es in den Krankenhausalltag übertragen und mit Leben erfüllt werden. Gemeinsam können wir viel bewegen.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

D-1.2.1 Patientenorientierung

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

D-1.2.5 Prozessorientierung

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements