Gemeinsamer Bundesausschuss

# 2021

# Referenzbericht

## Akutgeriatrie Klinikum St. Elisabeth an der Klinik Bogen

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das Jahr 2021

| | |
|---|---|
| Übermittelt am: | 14.11.2022 |
| Automatisch erstellt am: | 21.01.2023 |
| Layoutversion vom: | 21.03.2023 |

# Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

**Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

## Inhaltsverzeichnis


| | | |
|---|---|---|
| - | Einleitung | 3 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 4 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 4 |
| 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 | 7 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 8 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 9 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 10 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 11 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 11 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 12 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 19 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 33 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 34 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 36 |
| B-1 | Akutgeriatrie (Altersmedizin) | 36 |
| C | Qualitätssicherung | 42 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 42 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 55 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 55 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 55 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 55 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 55 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 56 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 57 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 58 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 64 |

# - Einleitung

**Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**


| | |
|---|---|
| Position: | Leitung Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Dagmar Alzinger |
| Telefon: | 09421/710-1451 |
| Fax: | 09421/710-1026 |
| E-Mail: | dagmar.alzinger@klinikum-straubing.de |


**Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**


| | |
|---|---|
| Position: | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Christoph Scheu |
| Telefon: | 09421/710-0 |
| Fax: | 09421/710-1015 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |


**Weiterführende Links**

| | |
|---|---|
| Link zur Internetseite des Krankenhauses: | https://www.klinikum-straubing.de/ |
| Link zu weiterführenden Informationen: | https://www.klinikum-straubing.de/kliniken/akutgeriatrie/ueber-uns.html |

| Link | Beschreibung |
|---|---|
| https://www.qkk-online.de | Homepage der Vereinigung "Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e. V." |
| https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de | Homepage der Vereinigung "Initiative Qualitätsmedizin (IQM) e.V." |
| http://www.barmherzige.de | Homepage des Trägers Barmherzige Brüder Bayerische Ordensprovinz KdöR |
| http://www.straubing.de | Homepage der kreisfreien Stadt Straubing |

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

**Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:**
Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u. a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 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 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### Krankenhaus

| | |
|---|---|
| Krankenhausname: | Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH |
| Hausanschrift: | St.-Elisabeth-Str. 23<br>94315 Straubing |
| Postanschrift: | Postfach 0453<br>94304 Straubing |
| Institutionskennzeichen: | 260920092 |
| URL: | https://www.klinikum-straubing.de |
| Telefon: | 09421/710-0 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

**Ärztliche Leitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Hannes Häuser |
| Telefon: | 09421/710-1741 |
| Fax: | 09421/710-1747 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Stv. Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name: | Prof. Dr. med. Robert Obermaier |
| Telefon: | 09421/710-1501 |
| Fax: | 09421/710-1509 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

**Pflegedienstleitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Stv. Pflegedirektor |
| Titel, Vorname, Name: | Hubert Langmantl |
| Telefon: | 09421/710-1303 |
| Fax: | 09421/710-1309 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Pflegedirektor |
| Titel, Vorname, Name: | Franz-Xaver Knott |
| Telefon: | 09421/710-1303 |
| Fax: | 09421/710-1309 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

**Verwaltungsleitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Verwaltungsdirektor |
| Titel, Vorname, Name: | Dipl.-Kfm. Alfons Winklmaier |
| Telefon: | 09421/710-0 |
| Fax: | 09421/710-1015 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Direktorin für Prozessmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Sabine Wahl |
| Telefon: | 09421/710-0 |
| Fax: | 09421/710-1015 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Christoph Scheu |
| Telefon: | 09421/710-0 |
| Fax: | 09421/710-1015 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

## Standort dieses Berichts

| | |
|---|---|
| Krankenhausname: | Akutgeriatrie Klinikum St. Elisabeth an der Klinik Bogen |
| Hausanschrift: | Mussinanstr. 8<br>94327 Bogen |
| Postanschrift: | St. Elisabeth Str. 23<br>94315 Straubing |
| Institutionskennzeichen: | 260920092 |
| Standortnummer: | 773773000 |
| Standortnummer alt: | xx |
| URL: | https://www.klinikum-straubing.de/kliniken/akutgeriatrie/ueber-uns.html |

**Ärztliche Leitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Sektionsleiter Akutgeriatrie (bis September 2022) |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Peter Euler |
| Telefon: | 09422/822-247 |
| Fax: | 09422/822-252 |
| E-Mail: | akutgeriatrie@klinikum-straubing.de |

**Pflegedienstleitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Pflegedirektor |
| Titel, Vorname, Name: | Franz-Xaver Knott |
| Telefon: | 09421/710-1303 |
| Fax: | 09421/710-1309 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

**Verwaltungsleitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Direktorin für Prozessmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Sabine Wahl |
| Telefon: | 09421/710-0 |
| Fax: | 09421/710-1015 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|---|---|
| Name: | Barmherzige Brüder gemeinnützige Träger GmbH und Stadt Straubing |
| Art: | freigemeinnützig |

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| | |
|---|---|
| Universitätsklinikum: | Nein |
| Lehrkrankenhaus: | Ja |
| Name Universität: | Technische Universität München |

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| | |
|---|---|
| Psychiatrisches Krankenhaus: | Nein |
| Regionale Versorgungsverpflichtung: | Nein |

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|---|---|---|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Angebot durch das Patienten- und Angehörigen-Informationszentrum (PIZ) |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | Einführen von beruhigenden oder stimulierenden Waschungen |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Seit 2016 zertifiziertes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum mit einem interdisziplinären Behandlungsteam von Experten aus der Urologie, Gynäkologie und Chirurgie |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Physiotherapeutische Leistungen werden vollständig von der Klinik Bogen bezogen. |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Aktivierend therapeutische Pflege |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | in Kooperation mit Sanitätshäusern |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|---|---|---|
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | Einsatz von pflegerischen Wundtherapeuten |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Zusammenarbeit mit der "Gesundheitsregion plus" der Stadt Straubing |

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Besondere Ausstattung des Krankenhauses | | | |
|---|---|---|---|
| **Nr.** | **Leistungsangebot** | **Link** | **Kommentar** |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Jedes Patienten-Bett ist mit einem TV und Radio ausgestattet. Alle Zimmer haben einen Safe. |

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|---|---|---|
| **Nr.** | **Leistungsangebot** | **Link** | **Kommentar** |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | Unterbringung einer Begleitperson mit Verpflegung ist möglich. |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | Katholische und evangelische Seelsorger sind täglich für unsere Patienten tätig. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Das Klinikum bietet im Patienten-Informationszentrum (PIZ) Informationen für Patienten und Angehörige an. Informations- und Fortbildungsveranstaltungen werden mit verschiedenen Organisationen und Krankenkassen im Raum Straubing durchgeführt. Diese werden in der örtlichen Tageszeitung angekündigt. |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | |

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|---|---|---|
| NM68 | Abschiedsraum | | Beim Eintreten eines Finalstadiums wird den Angehörigen die Möglichkeit zu einer angemessenen Besuchs- und Sterbebegleitung ermöglicht. |

| Patientenzimmer | | | |
|---|---|---|---|
| **Nr.** | **Leistungsangebot** | **Link** | **Kommentar** |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Im Bedarfsfall können die Zweibettzimmer bei entsprechender Versicherung oder medizinischer Indikation als Einbettzimmer genutzt werden. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Im Bedarfsfall können die Zweibettzimmer bei entsprechender Versicherung oder medizinischer Indikation als Einbettzimmer genutzt werden. |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|---|---|
| Position: | Patienteninformationszentrum (PIZ) am Klinikum Straubing |
| Titel, Vorname, Name: | Barbara Notz |
| Telefon: | 09421/710-1888 |
| Fax: | 09421/710-1101 |
| E-Mail: | Barbara.Notz@klinikum-straubing.de |

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | | |
|---|---|---|
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |

| Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Kapelle vorhanden |

| Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | |

| Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen | |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | |
| BF38 | Kommunikationshilfen | Dolmetscherliste vorhanden und Videodolmetschen technisch möglich, muss aber noch weiter ausgebaut werden. |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|---|---|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | Eigene Berufsfachschule für Pflege am Klinikum in Straubing mit 32 Ausbildungsplätzen pro Jahr zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in. Die Ausbildung dauert drei Jahre. Einige Auszubildende absolvieren zusätzlich den Bachelorstudiengang Pflege dual. |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | Praktikumsplätze |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Beginn der generalistischen Pflegeausbildung ab September 2020 mit 32 Ausbildungsplätzen pro Jahr. |
| HB20 | Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | Kooperation mit OTH Regensburg und TH Deggendorf für praktische Ausbildung. |

## A-9 Anzahl der Betten

Betten: 25

## A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl: | 309 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |
| Ambulante Fallzahl: | 0 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB): | 0 |

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 3,27 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,27 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,27 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 3 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3 | |

| Belegärztinnen und Belegärzte | | |
|---|---|---|
| Anzahl | 0 | |

| Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

## A-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 1,4 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,4 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,4 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 38,50 | |

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |

| | | |
|---|---|---|
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 1,07 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,07 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,07 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 10,87 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,87 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 10,87 | |

| Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Pflegefachfrauen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |

| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 5,21 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,21 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 5,21 | |

| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,59 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,44 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,15 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,59 | |

| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,04 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,04 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,04 | |

| Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,58 | Zzgl. ergotherapeutische Leistungen bezogen von der Klinik Bogen. |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,58 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,58 | |

| SP14 Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,75 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,75 | |

| SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | Physiotherapeutische Leistungen werden vollständig von der Klinik Bogen bezogen. |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

| SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,47 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,47 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,47 | |

| SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,65 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,65 | |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|---|---|
| Position: | Leitung Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Dagmar Alzinger |
| Telefon: | 09421/710-1451 |
| Fax: | 09421/710-1026 |
| E-Mail: | dagmar.alzinger@klinikum-straubing.de |

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | Im Klinikum St. Elisabeth tagt regelmäßig das Direktorium, das sich intensiv mit den anliegenden Qualitätsmanagement-Themen auseinandersetzt und notwendige Entscheidungen trifft. Das Übergeordnete QM-Gremium (ÜQM) im BB Krankenhausverbund bespricht ebenfalls aktuelle Themen (Vorsitz GF Straubing). |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

| | |
|---|---|
| Position: | Leiter Organisationsentwicklung und Patientensicherheit |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Robert van Arkel |
| Telefon: | 09421/710-1441 |
| Fax: | 09421/710-1026 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

| | |
|---|---|
| Lenkungsgremium eingerichtet: | Ja |
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | Es existiert ein Patientensicherheitsteam, das aus Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchiestufen zusammengesetzt ist. In diesem Gremium werden aktuelle sicherheitsrelevante Sachverhalte besprochen, Lösungsansätze erarbeitet und in Abstimmung mit dem Direktorium umgesetzt. |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|---|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Qualitätsmanagementhandbuch und klinisches Risikomanagementkonzept vom 21.02.2022 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | VA Verfahrensanweisung "Medizinischer Notfall – Innerklinischer Notfall"; Rea-Team; Notfallmedizinisches Ausbildungs- und Trainingszentrum (NMATZ) vom 09.12.2020 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Postoperative Schmerztherapie: differenzierte Pharmakotherapie, alle gängigen Regionalanästhesieverfahren, Periduralkatheter, intravenöse patientenkontrollierte Analgesie (PCAI). Akutschmerzdienst. Schmerzmedizinischer Konsiliar- und Liaison-Dienst: akute, chronische und Tumor-Schmerztherapie vom 17.10.2022 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Sturzprophylaxe Prozess vom 09.03.2021 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") | Dekubitusprophylaxe vom 10.05.2021 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen siehe Demenz Manual, Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen, VA Behinderte Menschen im Krankenhaus, etc. vom 25.05.2022 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | VA Umsetzung MPG und MPBetreibV vom 23.04.2021 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Qualitätszirkel Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|---|---|---|
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | WHO-Checkliste; OP-Statut vom 26.09.2022 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | WHO-Checkliste; OP-Statut vom 26.09.2022 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen | Stand. Verfahren zur Patientenidentifikation; Patienten-Armband; Transfer-Checkliste (Vorbereitung der OP oder Intervention); Standardisiertes Vorgehen zum Sign-In, Team-Time-Out und Sign-Out (WHO-Checkliste); Implementierung durch umfangreiche Trainings; SOP Markierung Eingriffsort; OP-Statut. vom 26.09.2022 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | OP-Statut; Standard Anästhesiepflege Aufwachraum und postoperative Standards vom 26.09.2022 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | VA Entlassungsmanagement (stationär/ambulant); SOP Patientenverlegung in andere Krankenhäuser; VA Verordnung i.R. des Entlassmanagements; Regelungen zum Bettenmanagement vom 15.03.2020 |

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja

Tagungsfrequenz: monatlich

Maßnahmen: Es existiert ein Patientensicherheitsteam, das aus Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchiestufen zusammengesetzt ist. In diesem Gremium werden aktuelle sicherheitsrelevante Sachverhalte besprochen, Lösungsansätze erarbeitet und in Abstimmung mit dem Direktorium umgesetzt.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|---|---|---|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 03.02.2020 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | halbjährlich |

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|---|
| Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | bei Bedarf |

| Nr. | Erläuterung |
|---|---|
| EF01 | CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

| | |
|---|---|
| Hygienekommission eingerichtet: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | halbjährlich |

**Vorsitzender:**

| | |
|---|---|
| Position: | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Hannes Häuser |
| Telefon: | 09421/710-1741 |
| Fax: | 09421/710-1747 |
| E-Mail: | info-radiologie@klinikum-straubing.de |

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|---|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker | 1 | 2 Klinische Infektiologen am Klinikum St. Elisabeth, davon ist Dr. Stierstorfer hauptamtlich angestellter Arzt mit der Zusatzbezeichnung Krankenhaus-Hygiene. Eigenes mikrobiol. Labor am Klinikum in Straubing. Externe Begleitung durch das Institut für Mikrobiologie und Hygiene Universität Regensburg durch Herrn Prof. Dr. Schneider. Somit ist intern und extern eine fachmännische Betreuung sichergestellt. |
| Hygienebeauftrage Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 10 | Jede Haupt-Abteilung der Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH verfügt über eine/n Hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin. |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 3 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 | Jede Station und jeder Funktionsbereich der Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH hat mind. eine "Link-Nurse" für Hygiene (Hygienebeauftragte in der Pflege), Angabe hier bezogen auf die Station 1-1 in Bogen. |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| Hygienestandard ZVK | |
|---|---|
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor | Ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | Ja |
| Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | Ja |
| Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | Ja |

| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen | |
|---|---|
| sterile Handschuhe | Ja |
| steriler Kittel | Ja |
| Kopfhaube | Ja |
| Mund Nasen Schutz | Ja |
| steriles Abdecktuch | Ja |

| Venenverweilkatheter | |
|---|---|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor | Ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | Ja |

### A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

| Antibiotikatherapie | |
|---|---|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor | Ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | Ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: | Ja |

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe | |
|---|---|
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor | Ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | Ja |
| Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft | Ja |
| Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage | Ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | Ja |

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standard Wundversorgung Verbandwechsel | |
|---|---|
| Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor | Ja |
| Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert | Ja |
| Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | Ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Ar-beitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | Ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | Ja |
| Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | Ja |

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Haendedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|---|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 48 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | 167 |

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|---|---|---|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | CDAD-KISS<br>HAND-KISS<br>MRSA-KISS<br>OP-KISS | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Hygieneboard im Krankenhausverbund der Barmherzigen Brüder Bayern | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Gold | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | jährlich | Jährliche Validierung der RDGEs und Sterilisatoren plus mikrobiologische Untersuchungen aller Endoskope einmal jährlich! Die "Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte" (AEMP) ist sowohl nach der allgemeinen DIN EN ISO 9001:2015, als auch nach der spezielleren ISO-Norm für Medizinprodukte DIN EN ISO 13485:2016 zertifiziert. |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | jährlich | Diverse Schulungen aller Berufsgruppen zu verschiedenen Hygienethemen (Pflichtschulung Online über CNE und Multiplikatorenschulungen in den jeweiligen Bereichen). |

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|---|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Am Klinikum St. Elisabeth Straubing sind drei Beschwerdemanager und eine Patientenfürsprecherin tätig. Es gibt eine Beschwerdehotline, die Mo. bis Do. von 9 Uhr bis 15 Uhr und Fr. von 9 bis 11 Uhr erreichbar ist. Alle Mitarbeiter nehmen Beschwerden und Lob entgegen und leiten diese bei Bedarf an die Beschwerdemanager weiter. Es erfolgt eine jährliche Bewertung aller Beschwerden durch die Geschäftsführung. Entsprechende Verbesserungsmaßnahmen werden abgeleitet. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Die Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement umfasst den gesamten Prozess des Beschwerdemanagements. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | Ja | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Ja | |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | Ja | Jeder stationäre Patient erhält bei der Aufnahme eine Patientenmappe mit einem anonymen Fragebogen plus Rückkuvert. Die Patienten haben im Rahmen dieser Befragung die Möglichkeit, Lob und Kritik anzubringen. In der Patientenbefragung formulierte Beschwerden werden von den Beschwerdemanagern bearbeitet. |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | Ja | Niedergelassene Ärzte haben alle drei Jahre im Rahmen der anonymisierten Einweiserbefragung durch eine externe Firma (Forschungsgruppe Metrik) die Möglichkeit Lob und Kritik anzubringen. |

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

| | |
|---|---|
| Position: | Verwaltung |
| Titel, Vorname, Name: | Monika Raab |
| Telefon: | 09421/710-1095 |
| E-Mail: | monika.raab@klinikum-straubing.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Pflege |
| Titel, Vorname, Name: | Kerstin Franzke |
| Telefon: | 09421/710-1303 |
| E-Mail: | Kerstin.Franzke@klinikum-straubing.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Ärztlicher Dienst |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Boris von Keller |
| Telefon: | 09421/710-1482 |
| E-Mail: | Boris.vonKeller@klinikum-straubing.de |

**Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

| | |
|---|---|
| Link zum Bericht: | https://www.klinikum-straubing.de/patienten-besucher/anregung-und-kritik/beschwerdemanagement.html |
| Kommentar: | Es gibt jeweils einen Beschwerdemanager für den ärztlichen und medizin-technischen Bereich, für die Pflege und für die Verwaltung. |

**Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

| | |
|---|---|
| Position: | Patientenfürsprecherin |
| Titel, Vorname, Name: | Brigitte Messerschmitt |
| Telefon: | 09421/41109 |
| E-Mail: | b.messerschmitt@kabelmail.de |

| | |
|---|---|
| Position: | Patientenfürsprecherin |
| Titel, Vorname, Name: | Ursula Deser |
| Telefon: | 09421/63154 |
| E-Mail: | ursula.deser@gmail.com |

**Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

| | |
|---|---|
| Kommentar: | Die Patientenfürsprecherin ist als neutrale Person Vermittlerin zwischen Patient/Angehörigen und dem Krankenhaus. |

**Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

| | |
|---|---|
| Link zur Internetseite: | https://www.klinikum-straubing.de/patienten-besucher/anregung-und-kritik/beschwerdemanagement.html |

**Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: https://www.klinikum-straubing.de/patienten-besucher/qualitaet/ihre-erfahrung-bei-uns.html

**Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

Link zur Internetseite: https://www.metrik.de/befragung/produkte/einweiserbefragung.html

## 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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

### A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

| | |
|---|---|
| Position: | Leiter Organisationsentwicklung und Patientensicherheit |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Robert van Arkel |
| Telefon: | 09421/710-1441 |
| Fax: | 09421/710-1026 |
| E-Mail: | info@klinikum-straubing.de |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---|
| Anzahl Apotheker: | 4 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: | 6 |
| Erläuterungen: | 6 PTAs, 3 PKAs, 1 Lagerhelferin. |

### A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikations-prozesses 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.

| Allgemeines |
|---|
| AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen |

| Allgemeines |
|---|
| **AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder** |

| Aufnahme ins Krankenhaus<br><br>AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | |
|---|---|
| Qualitätsmanagementhandbuch und klinisches Risikomanagementkonzept | 21.02.2022 |

| Aufnahme ins Krankenhaus |
|---|
| **AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)** |

| Medikationsprozess im Krankenhaus<br><br>AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | |
|---|---|
| VA Arzneimittel und BTM; DA Dokumentation der Patientenbehandlung | 23.04.2021 |

| Medikationsprozess im Krankenhaus<br><br>AS06 SOP zur guten Verordnungspraxis | |
|---|---|
| VA Arzneimittel und BTM; DA Dokumentation der Patientenbehandlung | 23.04.2021 |

| Medikationsprozess im Krankenhaus |
|---|
| **AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)** |

| Medikationsprozess im Krankenhaus |
|---|
| **AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)** |

| Medikationsprozess im Krankenhaus |
|---|
| **AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln** |
| Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung |
| Zubereitung durch pharmazeutisches Personal |
| Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |

| Medikationsprozess im Krankenhaus |
|---|
| **AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln** |
| Bestellung über MobiDik |

| Medikationsprozess im Krankenhaus |
| --- |
| **AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln** |

| Medikationsprozess im Krankenhaus |
| --- |
| **AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern** |
| Fallbesprechungen |
| Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung |
| Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) |
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) |
| In 2020 Start eines Projektes auf Intensiv: 1x wöchentlich pharmazeutische Visite. Durchführung von Arzneimittel-Konsilen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit an der Schnittstelle zur Patientenaufnahme. |

| Entlassung |
| --- |
| **AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung** |
| Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs |
| Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen |
| Aushändigung des Medikationsplans |
| bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|---|---|---|---|---|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X) | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja | |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerätt (EEG) (X) | Hirnstrommessung | Ja | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | KfH Nierenzentrum Straubing |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X) | | Ja | z. B. ECMO/ECLA |
| AA18 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | Ja | |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | Stoßwellen-Steinzerstörung | Ja | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | Ja | |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | Nein | MVZ Radiologie |
| AA30 | Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT) | Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens | Nein | MVZ Nuklearmedizin |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten | Nein | Zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | Ja | |
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X) | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja | |

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|---|---|---|---|---|
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | Ja | |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | Ja | |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | Ja | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X) | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja | |
| AA70 | Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X) | Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen | Ja | Radiologie (bei Dr. Häuser) |
| AA71 | Roboterassistiertes Chirurgie-System | Operationsroboter | Nein | Da-Vinci-Operationssystem |

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet:

Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

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

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: Ja

# B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-1 Akutgeriatrie (Altersmedizin)

### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Akutgeriatrie (Altersmedizin)"

| | |
|---|---|
| Fachabteilungsschlüssel: | 0191 |
| Art: | Akutgeriatrie<br>(Altersmedizin) |

**Ärztliche Leitung**

**Chefärztin oder Chefarzt:**

| | |
|---|---|
| Position: | Ltd. Arzt Sektion Akutgeriatrie (bis September 2022) |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Peter Euler |
| Telefon: | 09422/822-247 |
| Fax: | 09422/822-252 |
| E-Mail: | akutgeriatrie@klinikum-straubing.de |
| Anschrift: | Mussinanstraße 8<br>94327 Bogen |
| URL: | https://www.klinikum-straubing.de/kliniken/akutgeriatrie/ueber-uns.html |

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

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Medizinische Leistungsangebote** | **Kommentar** |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | Behandlung nach speziellem geriatrischen Behandlungskonzept, das fachgebietsübergreifend multiprofessionell in der Akutphase frührehabilitativ behandelt. Dabei geht es um die funktionelle Prävention und Behandlung krankheitsbedingter Störungen, die sich besonders auf die Alltagskompetenz auswirken. |

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl: | 309 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

## B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|---|---|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: | Keine Angabe / Trifft nicht zu |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden: | Keine Angabe / Trifft nicht zu |

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

**Hauptabteilung:**

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 3,27 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,27 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,27 | |

| | | |
|---|---|---|
| Fälle je Vollkraft | 94,49541 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 3,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,00 | |
| Fälle je Vollkraft | 103,00000 | |

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|---|---|---|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ42 | Neurologie | |

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|---|---|---|
| ZF09 | Geriatrie | |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | |

### B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 1,40 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,40 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,40 | |
| Fälle je Anzahl | 220,71428 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 38,50 | |

| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 1,07 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,07 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,07 | |
| Fälle je Anzahl | 288,78504 | |

| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 10,87 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,87 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 10,87 | |
| Fälle je Anzahl | 28,42686 | |

| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 5,21 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,21 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 5,21 | |
| Fälle je Anzahl | 59,30902 | |

| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,59 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,44 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,15 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,59 | |
| Fälle je Anzahl | 523,72881 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,04 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,04 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,04 | |
| Fälle je Anzahl | 7725,00000 | |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|---|---|---|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ06 | Master | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|---|---|---|
| ZP07 | Geriatrie | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |

### B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

# C Qualitätssicherung

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

### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Herzschrittmacher - Implantation (09/1) | 117 | | 100,9 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Herzschrittmacher - Aggregatwechsel (09/2) | 8 | | 187,5 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3) | 12 | | 83,3 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) | 90 | | 96,7 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5) | 39 | | 102,6 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 14 | | 92,9 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 41 | | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 304 | | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Geburtshilfe (16/1) | 792 | | 100,3 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 44 | | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Mammachirurgie (18/1) | 163 | | 100,6 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 300 | | 101,0 | 23 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 172 | | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 165 | HEP | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE) | 8 | HEP | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 151 | | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 144 | KEP | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE) | 7 | KEP | 100,0 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Neonatologie (NEO) | (Datenschutz) | | (Datenschutz) | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 447 | | 100,5 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Herzchirurgie (HCH) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | 0 | HCH | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) | 0 | HCH | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie: Koronarchirurgische Operation (HCH_KC) | 0 | HCH | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen : Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | HTXM | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen : Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | HTXM | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | 1364 | | 100,2 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

## C-1.2.[0] Ergebnisse der Qualitätssicherung

### I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

### I.A Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

| | |
|---|---|
| **Leistungsbereich** | **Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen** |
| **Kürzel Leistungsbereich** | **DEK** |
| **Bezeichnung des Ergebnisses** | **Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)** |
| **Ergebnis ID** | **52009** |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen<br><br>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen<br><br>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,05 |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,08 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,55 - 2,09 |
| Grundgesamtheit | 309 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 7,42 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| **Ergebnis Bewertung** | |
| Referenzbereich | <= 2,28 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | 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 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | 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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens 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, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen<br><br>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,23 |
| Grundgesamtheit | 309 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| **Ergebnis Bewertung** | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben |
| Ergebnis ID | 521800 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | 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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept<br><br>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.<br><br>Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,23 |
| Grundgesamtheit | 309 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| **Ergebnis Bewertung** | |
| – (vgl. Hinweis auf Seite 2) | |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | 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 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | 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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept<br><br>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,23 |
| Grundgesamtheit | 309 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Sortierung | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| **Ergebnis Bewertung** | |
| – (vgl. Hinweis auf Seite 2) | |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | 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 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | 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/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept<br><br>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,34 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,33 - 0,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,59 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,32 - 5,02 |
| Grundgesamtheit | 309 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Sortierung | – (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| **Ergebnis Bewertung** | |
| – (vgl. Hinweis auf Seite 2) | |

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

| Bezeichnung | Teilnahme |
|---|---|
| Schlaganfall | Ja |

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

– (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

– (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

– (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

### Strukturqualitätsvereinbarungen

| Nr | Vereinbarung bzw. Richtlinie | Kommentar/Erläuterung | Hinweis |
|---|---|---|---|
| CQ01 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | - |

### Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

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

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

| Station | Station 1-1 |
|---|---|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Innere Medizin |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1-1 |
|---|---|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Innere Medizin |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

| Station | Station 1-1 |
|---|---|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Innere Medizin |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1-1 |
|---|---|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Innere Medizin |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Erläuterungen | |

## - Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| I50.01 | 16 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| I50.13 | 15 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| S06.5 | 13 | Traumatische subdurale Blutung |
| N39.0 | 11 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet |
| S72.10 | 11 | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet |
| S06.6 | 7 | Traumatische subarachnoidale Blutung |
| S32.1 | 7 | Fraktur des Os sacrum |
| S72.01 | 7 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär |
| I63.4 | 6 | Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien |
| S32.5 | 6 | Fraktur des Os pubis |
| S42.22 | 6 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum |
| I50.14 | 5 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| I63.3 | 5 | Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| J18.1 | 5 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet |
| A49.0 | 4 | Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| E86 | 4 | Volumenmangel |
| I50.12 | 4 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung |
| N17.93 | 4 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 |
| S72.2 | 4 | Subtrochantäre Fraktur |
| S72.3 | 4 | Fraktur des Femurschaftes |
| A04.79 | (Datenschutz) | Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet |
| A41.58 | (Datenschutz) | Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger |
| A41.9 | (Datenschutz) | Sepsis, nicht näher bezeichnet |
| A46 | (Datenschutz) | Erysipel [Wundrose] |
| A49.8 | (Datenschutz) | Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| A49.9 | (Datenschutz) | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet |
| B99 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| C18.0 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Zäkum |
| C54.1 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Endometrium |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| C64 | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken |
| D50.9 | (Datenschutz) | Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet |
| D64.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Anämien |
| E05.4 | (Datenschutz) | Hyperthyreosis factitia |
| E11.60 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E87.1 | (Datenschutz) | Hypoosmolalität und Hyponatriämie |
| F03 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| F05.1 | (Datenschutz) | Delir bei Demenz |
| F05.8 | (Datenschutz) | Sonstige Formen des Delirs |
| F10.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| G06.1 | (Datenschutz) | Intraspinaler Abszess und intraspinales Granulom |
| G20.10 | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G30.1 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn |
| G40.8 | (Datenschutz) | Sonstige Epilepsien |
| G40.9 | (Datenschutz) | Epilepsie, nicht näher bezeichnet |
| G41.9 | (Datenschutz) | Status epilepticus, nicht näher bezeichnet |
| I10.01 | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| I21.0 | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| I35.0 | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose |
| I35.2 | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz |
| I42.88 | (Datenschutz) | Sonstige Kardiomyopathien |
| I47.2 | (Datenschutz) | Ventrikuläre Tachykardie |
| I49.8 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien |
| I61.0 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| I61.3 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm |
| I61.8 | (Datenschutz) | Sonstige intrazerebrale Blutung |
| I63.0 | (Datenschutz) | Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien |
| I63.1 | (Datenschutz) | Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien |
| I70.24 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| I70.25 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän |
| I74.3 | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten |
| I87.21 | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration |
| I89.08 | (Datenschutz) | Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert |
| J12.8 | (Datenschutz) | Pneumonie durch sonstige Viren |
| J18.0 | (Datenschutz) | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet |
| J18.8 | (Datenschutz) | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| J20.9 | (Datenschutz) | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet |
| J22 | (Datenschutz) | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet |
| J44.09 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.19 | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J69.0 | (Datenschutz) | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes |
| J85.1 | (Datenschutz) | Abszess der Lunge mit Pneumonie |
| J96.10 | (Datenschutz) | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] |
| K11.2 | (Datenschutz) | Sialadenitis |
| K25.1 | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation |
| K26.0 | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung |
| K40.30 | (Datenschutz) | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet |
| K44.9 | (Datenschutz) | Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän |
| K50.0 | (Datenschutz) | Crohn-Krankheit des Dünndarmes |
| K56.5 | (Datenschutz) | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion |
| K76.1 | (Datenschutz) | Chronische Stauungsleber |
| K80.00 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| K80.01 | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion |
| K80.50 | (Datenschutz) | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion |
| M16.1 | (Datenschutz) | Sonstige primäre Koxarthrose |
| M16.9 | (Datenschutz) | Koxarthrose, nicht näher bezeichnet |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| M48.02 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich |
| M48.44 | (Datenschutz) | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakalbereich |
| M54.5 | (Datenschutz) | Kreuzschmerz |
| M62.15 | (Datenschutz) | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M62.80 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen |
| M62.89 | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M66.45 | (Datenschutz) | Spontanruptur sonstiger Sehnen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M75.1 | (Datenschutz) | Läsionen der Rotatorenmanschette |
| M79.65 | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M80.58 | (Datenschutz) | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M80.85 | (Datenschutz) | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M80.88 | (Datenschutz) | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M80.95 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M80.98 | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M87.85 | (Datenschutz) | Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| N17.91 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1 |
| N17.92 | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2 |
| R26.8 | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität |
| R29.6 | (Datenschutz) | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| R33 | (Datenschutz) | Harnverhaltung |
| R41.0 | (Datenschutz) | Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet |
| R57.0 | (Datenschutz) | Kardiogener Schock |
| R57.8 | (Datenschutz) | Sonstige Formen des Schocks |
| S00.95 | (Datenschutz) | Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung |
| S06.0 | (Datenschutz) | Gehirnerschütterung |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| S06.33 | (Datenschutz) | Umschriebenes zerebrales Hämatom |
| S12.1 | (Datenschutz) | Fraktur des 2. Halswirbels |
| S12.24 | (Datenschutz) | Fraktur des 6. Halswirbels |
| S22.03 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6 |
| S22.06 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| S22.32 | (Datenschutz) | Fraktur einer sonstigen Rippe |
| S22.41 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung der ersten Rippe |
| S22.42 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen |
| S22.43 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen |
| S22.44 | (Datenschutz) | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen |
| S23.14 | (Datenschutz) | Luxation eines Brustwirbels: T7/T8 und T8/T9 |
| S30.0 | (Datenschutz) | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S32.01 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 |
| S32.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| S32.03 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L3 |
| S32.04 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L4 |
| S42.21 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| S42.24 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus |
| S42.3 | (Datenschutz) | Fraktur des Humerusschaftes |
| S52.01 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon |
| S52.50 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet |
| S52.51 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur |
| S52.59 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile |
| S52.6 | (Datenschutz) | Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert |
| S70.0 | (Datenschutz) | Prellung der Hüfte |
| S72.00 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet |
| S72.04 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal |
| S72.05 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Basis |
| S72.08 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile |
| S72.11 | (Datenschutz) | Femurfraktur: Intertrochantär |
| S82.0 | (Datenschutz) | Fraktur der Patella |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| S82.18 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige |
| T79.69 | (Datenschutz) | Traumatische Muskelischämie nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| T81.3 | (Datenschutz) | Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert |
| T84.04 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk |

## - Prozeduren zu B-1.7

### Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| 1-771 | 316 | Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA) |
| 3-200 | 38 | Native Computertomographie des Schädels |
| 8-854.2 | 9 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation |
| 3-203 | 6 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 1-632.0 | 4 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-225 | 4 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-22x | 4 | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel |
| 9-984.8 | 4 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-266.0 | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher |
| 1-440.a | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 3-202 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-205 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-206 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-207 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Abdomens |
| 3-221 | (Datenschutz) | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-222 | (Datenschutz) | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 3-823 | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-82x | (Datenschutz) | Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel |
| 5-572.1 | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan |
| 5-900.07 | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Oberarm und Ellenbogen |
| 6-002.11 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE |
| 6-006.2f | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateron, oral: 48.000 mg bis unter 51.000 mg |
| 8-133.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|---|---|---|
| 8-192.0g | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Fuß |
| 8-800.c0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |
| 8-831.0 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen |
| 8-831.2 | (Datenschutz) | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel |
| 9-200.02 | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte |
| 9-984.6 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 9-984.7 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-984.9 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 9-984.b | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |

### Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**
**Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin**

**www.g-ba.de**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die

Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).