

Strukturierter Qualitätsbericht
Krankenhaus Marienstift gGmbH

Berichtsjahr 2020

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| - | Einleitung | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 5 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 5 |
| 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 | 12 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 13 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses..... | 16 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 16 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 16 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 16 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 24 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 35 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 36 | |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 37 |
| B-1 | Medizinische Klinik | 37 |
| B-2 | Allgemeine Chirurgie | 46 |
| B-3 | Klinik für Handchirurgie und angeborene Handfehlbildungen..... | 53 |
| B-4 | Frauenheilkunde - Gynäkologie | 60 |
| B-5 | Frauenklinik - Geburtshilfe | 66 |
| B-6 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde..... | 73 |
| B-7 | Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie | 78 |

| | | |
|----------|--|---|
| C | Qualitätssicherung | 83 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 83 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 83 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 120 |
| C-3 V | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB 120 | |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 120 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 120 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 121 | |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 121 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 121 |
| D | Qualitätsmanagement | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D-1 | Qualitätspolitik | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D-2 | Qualitätsziele | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements..... | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte..... | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| D-6 | Bewertung des Qualitätsmanagements | Fehler! Textmarke nicht definiert. |

- Einleitung



Krankenhaus Marienstift gGmbH in der Luftansicht

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Controlling |
| Titel, Vorname, Name | Frau Marianne Streithoff |
| Telefon | 0531/7011-322 |
| Fax | 0531/7011-5100 |
| E-Mail | m.streithoff@marienstift-braunschweig.de |

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. Jan Wolff |
| Telefon | 0531/7011-320 |
| Fax | 0531/7011-5321 |
| E-Mail | jan.wolff@marienstift-braunschweig.de |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift>

Link zu weiterführenden Informationen:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

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

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|---|---|
| Krankenhausname | Krankenhaus Marienstift |
| Hausanschrift | Helmstedter Str. 35 38102 Braunschweig |
| Zentrales Telefon | 0531/7011-0 |
| Fax | 0531/7011-5100 |
| Zentrale E-Mail | gf@marienstift-braunschweig.de |
| Postanschrift | Helmstedter Str. 35 38102 Braunschweig |
| Institutionskennzeichen | 260310221 |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 772897000 |
| Standortnummer (alt) | 00 |
| URL | https://www.krankenhaus-marienstift.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor / CA Klinik für Anästhesie |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Udo-Rudolf Schwippel |
| Telefon | 0531/7011-259 |
| Fax | 0531/7011-55210 |
| E-Mail | ur.schwippel@marienstift-braunschweig.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Rosemarie Ölschlager |
| Telefon | 0531/7011-201 |
| Fax | 0531/7011-5201 |
| E-Mail | r.oelschlager@marienstift-braunschweig.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. Jan Wolff |
| Telefon | 0531/7011-321 |
| Fax | 0531/7011-5321 |
| E-Mail | gf@marienstift-braunschweig.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|-------------------------------|
| Name | Krankenhaus Marienstift gGmbH |
| Art | Freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP19 | Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik | Geburtsvorbereitungskurse werden durch unsere Hebammen und Entbindungspfleger angeboten. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Vorhaltung eines interdisziplinären Zentrums für Kontinenz- und Beckenboden. Eine Fachärztin ist zertifizierte Beraterin der Dt. Kontinenzberatung. Zwei Fachkräfte aus der Physiotherapie sind ausgebildete Beckenbodentherapeut:innen. |
| MP55 | Audiometrie/Hördiagnostik | Hörscreening als stationäre Standardleistung bei Neugeborenen |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | Umsetzung eines Konzeptes zur Demenzenbetreuung. Es gibt zertifizierte Demenzbeauftragte sowohl im Ärztlichen Dienst wie auch dem Pflegedienst |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Angebot der Physiotherapie für Patient:innen und Mitarbeiter:innen |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Unterstützung der Patient:innen und deren Angehörige. Begleitung bei seelischen und spirituellen Fragen (speziell im Bereich der palliativen Versorgung). Ein/e Psychoonkolog:in ist im Bereich der Palliativmedizin etabliert und kann bei Bedarf von den anderen Fachabteilungen angefordert werden. |
| MP50 | Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik | Wochenbettgymnastik wird in der Physiotherapeutischen Abteilung durchgeführt und Rückbildungsgymnastik über die Hebammen und Entbindungspfleger angeboten. |

| | | |
|------|---|---|
| MP43 | Stillberatung | Eigene Still- und Laktationsberaterinnen (Ausbildung IBCLC - International Board Certified Lactation Consultant). Es finden prästatinäre Informationsveranstaltungen statt. |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | Im Rahmen der Dementenbetreuung wird dieses Angebot durch eine ausgebildete Demenzbetreuerin angeboten. |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Entlassmanagement - Die Fachkräfte des Entlassmanagements unterstützen, beraten, organisieren und begleiten die Patient:innen und deren Angehörige in der Übergangsphase vom stationären Aufenthalt in der Klinik zur weiteren pflegerischen Versorgung. Es bestehen Kooperationen mit homecare-Partnern. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Kooperation mit Fremdfirma hinsichtlich Sondenkostberatung und parenterale Ernährung. |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Palliativpflege - Die Pflege und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie deren Angehörigen durch Mitarbeiter, die eine entsprechende Qualifikation nachweisen. Unser Haus ist eine anerkannte Palliativeinheit mit Vernetzungen in den ambulanten Bereich. |

| | | |
|------|---|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Die Betreuung und Beratung von Angehörigen findet auf vielfältige Weise statt und ist unter weiteren Punkten näher erläutert (s. Palliativversorgung, Entlassmanagement usw.) Z.B. Angehörigencafé im Palliativbereich, Trauergottesdienste für Angehörige von Verstorbenen und Sternkindern. |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Wird über einen Kooperationspartner für die Patienten angeboten (Fa. Numamed) |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Stationäre Leistung in der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | Ambulante medikamentöse Nikotinentwöhnungskurse Über die Physiotherapie werden Kurse zur Sturzprophylaxe angeboten. |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Durch eine ausgebildete Aromatologin (eigenes Personal) |
| MP02 | Akupunktur | Anwendung in der Geburtshilfe und im Rahmen der ganzheitlichen Schmerztherapie |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Informationsabende der geburtshilflichen Abteilung und Kreißsaalbesichtigungen. Die Informationsabende finden jeden ersten Donnerstag im Monat statt. Regelmäßige medizinische Vorträge zum Leistungsspektrum durch die Fachkliniken. Es werden regelmäßig Presseartikel veröffentlicht. |
| MP36 | Säuglingspflegekurse | Werden durch eigene Pflegefachkräfte angeboten. |

| | | |
|------|--|--|
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Geburtshilfe: kontrollierte Schmerzminderung; Anästhesie: Schmerzbehandlung mit Methoden des Fachgebiets sowie Methoden der ganzheitlichen Schmerztherapie; Alle Kliniken: Umfassende Linderung von körperlichen Schmerzzuständen; Schmerzkonzept für operative Kliniken |
| MP41 | Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern | Hebammen- und Entbindungspflegerbesuch nach Klinikentlassung - Kurse für Babymassage - Babytreff - Kurse Baby im Tragetuch |
| MP05 | Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern | Handchirurgische Klinik - Zentrum für angeborene Handfehlbildungen; Babytreff; Möglichkeit der Mikrolutuntersuchung des Kindes (MBU); Tragetuchberatung für Säuglinge; Beratungsangebot "Einfach Stillen"; Babybauch-App |
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien | Babykörbchen: Als Hilfe für Schwangere in Not wird eine Babyklappe vorgehalten; auch wird die vertrauliche Geburt angeboten |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Hinsichtlich der Sturzprophylaxe und Dekubitusproblematiken werden nicht nur kontinuierliche Erhebungen und Auswertungen durchgeführt, sondern auch Patient:innen sowie deren Angehörige beraten. Weiterhin werden über die Physiotherapie Präventionskurse Sturzprophylaxe angeboten. |

| | | |
|------|---|---|
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Zusammenarbeit mit dem Lukaswerk; Zusammenarbeit mit dem Ambulanten Hospizverein; Zusammenarbeit mit dem SAPV-Teams des regionalen Netzwerkes |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Speziell ausgebildete Pflegekräfte in der Versorgung der Schwerstkranken und Sterbenden mit der Zusatzausbildung "Palliativ Care und Hospizpflege". Spezielle Versorgung von schwerstbehinderten Patienten. |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Stationäre Leistung in der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP25 | Massage | Stationäre Leistung in der Physiotherapeutischen Abteilung |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | Aromatherapie sowie auch der Einsatz in der Geburtshilfe |
| MP63 | Sozialdienst | Individuelle Beratung für Patient:innen und deren Angehörige durch ausgebildete Pflegefachkräfte des Entlassmanagements. |
| MP51 | Wundmanagement | Das Wundmanagement wird durch eigene ausgebildete Wundexperten durchgeführt. Wir bieten nachvollziehbare Pflege und Wundversorgung an. Beratungen über pflegerelevante Probleme erfolgen auf Station. Unsere wundexpertin befindet sich z.Z. in der Ausbildung zur Fachtherapeut:in Wunde ICW |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Verbund mit der Evangelischen Stiftung Neuerkerode. Des Weiteren besteht eine Zusammenarbeit mit der Diakoniestation Harz und Heide (ambulante Pflegeversorgung und SAPV) sowie mit dem Hospiz. |

| | | |
|------|---|---|
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Krankengymnastik nach neurophysikalischen Grundlagen (Bobath-Konzept) durch die Abteilung der Physiotherapie |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | Wird bei Bedarf organisiert. |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | Über das Entlassmanagement wird nach Feststellung eines Hilfebedarfs der/die Patient:in von Aufnahme bis Entlassung von einer ihm zugewiesenen Mitarbeiter:in umfänglich betreut. Im Rahmen des Fallmanagements werden interdisziplinär Fallbesprechungen regelmäßig durchgeführt. |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Kooperation mit der Logopädischen Praxis Böger & Dilling |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|------|---|
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | Zusammenarbeit mit dem Lukas-Werk Gesundheitsdienste, Hospizverein und dem MZEB - Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie dem integrativen Netzwerk der Region Braunschweig/Harz und Heide |
| NM07 | Rooming-in | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | | |
| NM42 | Seelsorge | | Haupt- und ehrenamtliche Seelsorge (evangelisch und katholisch) |

| | | |
|------|--|---|
| NM40 | Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | Wird über die Grünen Damen und Herren organisiert. |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer | Angeboten wird neben dem reinen Mutter-Kind-Zimmer auch die Möglichkeit des Familienzimmers, wo zusätzlich der Vater als Begleitperson mit aufgenommen wird. |
| NM68 | Abschiedsraum | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | Dieses gilt sowohl für begleitende Eltern wie auch für alle anderen Angehörigen, speziell in der Begleitung demenziell erkrankter Patient:innen, Patient:innen mit Assistenzbedarf sowie im Palliativbereich. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | Fortbildungsangebote und Informationsveranstaltungen zu wechselnden Themen werden kontinuierlich angeboten. |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | Das Krankenhaus verfügt über Fernseher, WLAN-Anbindung, Telefon am Bett, Aufenthaltsräume sowie in einigen Zimmern auch Tresore. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|--|--|
| Funktion | Leiter Klinik für inklusive Medizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Ulrich Stein |
| Telefon | 0531/7011-181 |
| Fax | 0531/7011-5181 |
| E-Mail | ulrich.stein@marienstift-braunschweig.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------------|--|---|
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Wird u.a. durch die Grüne Damen und Herren organisiert. |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Wird bei Bedarf organisiert. |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | Im Wegesystem wird mit Piktogrammen gearbeitet. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen | Nicht in jedem Zimmer verfügbar. |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Bis zu einem Körpergewicht von 250 Kg sind entsprechende Betten verfügbar. Darüber hinaus wird bei Bedarf ein Bett organisiert. |

| | | |
|------|--|--|
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Eigene ausgebildete Demenzbetreuerin, die bei der Durchführung aktivierenden und tagesstrukturierenden Aufgaben tätig ist. Mittlerweile sind zwei zertifizierte Demenzbeauftragte im Haus ausgebildet. |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Wird bei Bedarf organisiert. |
| BF24 | Diätische Angebote | Eine Abfrage von Besonderheiten erfolgt durch eigene Menüassistent:innen, damit ein individuelles Essensangebot erstellt werden kann. |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | |
| BF25 | Dolmetscherdienst | Eine hauseigene Dolmetscherliste ist zentral verfügbar. |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Stiller Raum - Christliche Ausrichtung |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus | |
| BF13 | Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache | |
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen | |
| BF36 | Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten | Befindet sich teilweise im Ausbau. |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | |
| BF38 | Kommunikationshilfen | |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | Wird bei Bedarf individuell organisiert. |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Klinik für inklusive Medizin |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|------------|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |

A-9 Anzahl der Betten

| Betten | |
|---------------|-----|
| Betten | 147 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|---|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 9113 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 8086 |

A-11 Personal des Krankenhauses**A-11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 42,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 41,33 | |
| Ambulant | 1,3 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 42,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 20,71

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 19,61 | |
| Ambulant | 1,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 20,71 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,9 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,9 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl: 4

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 119,74

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 118,64 | |
| Ambulant | 1,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 118,25 | |
| Nicht Direkt | 1,49 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 7,08

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,98 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,08 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,29 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,66 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,22

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,22 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,22 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,34

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,34 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,34 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,32 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 9

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 12,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 9,89 | |
| Ambulant | 2,42 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 12,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 1,84

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,84 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,84 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Anzahl Vollkräfte: 5,72

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,62 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,72 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 3,19

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,09 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,19 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,63 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**A-12.1 Qualitätsmanagement****A-12.1.1 Verantwortliche Person**

| Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Meryem Seifert |
| Telefon | 0531/7011-334 |
| Fax | 0531/7011-5321 |
| E-Mail | m.seifert@marienstift-braunschweig.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|---|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | interdisziplinär zusätzlich zum Lenkungsgremium tagt wöchentlich die Krankenhausleitung, die kurzfristig relevante Themen behandelt. Auf Grund von Corona tagte das Lenkungsgremium nach Bedarf. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

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

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|--|--|
| Funktion | Riskmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Meryem Seifert |
| Telefon | 0531/7011-334 |
| Fax | 0531/7011-5321 |
| E-Mail | m.seifert@marienstift-braunschweig.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|---|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | interdisziplinär zusätzlich zum Lenkungs-gremium tagt wöchentlich die Krankenhausleitung, die kurzfristig relevante Themen behandelt. Auf Grund von Corona tagte das Lenkungs-gremium nach Bedarf. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|--|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: QM/RM Dokumentation Datum: 01.01.2017 | |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | | U.a. Ausbildung und Weiterqualifizierung von internen Auditoren |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: Schmerzstufenkonzept ist aktuell überarbeitet Datum: 31.10.2017 | |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: Leitfaden nach Sturz, Sturzrisikoermittlung bei der Pflegeanamnese Datum: 11.04.2019 | |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Datum: 16.07.2020 | |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Verfahrensbeschreibung zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Datum: 29.02.2016 | |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel | |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | | Aufklärungsbögen über Fa. Thieme |

| | | |
|------|--|--|
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Name: Standard zur Pflegeanamnese Datum: 01.08.2018 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Standard zur Entlassung auf eigenen Wunsch; Ärztliches Entlassungsmanagement Frauenklinik Datum: 31.05.2016 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | CIRS kontinuierliche Auswertung |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 20.02.2020 |
| 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 | "bei Bedarf" |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Nein |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**A-12.3.1 Hygienepersonal**

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | Herr Prof Dr. Dr. Wilfried Bautsch |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 2 | Frau Dr. med. Simone Giller OÄ, Frau Dr. med. Bettina Kölling OÄ |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 | Herr Alexander Rutter |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 12 | Auf jeder Pflegestation und in den Funktionsbereichen ist namentlich eine Pflegekraft ausgebildet und benannt |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor - Chefarzt Anästhesie |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Udo-Rudolf Schwippel |
| Telefon | 0531/7011-259 |
| E-Mail | ur.schwippel@marienstift-braunschweig.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom
. autorisiert Ja**2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern**

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom
. autorisiert Ja**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie****Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene
Resistenzlage angepasst JaLeitlinie durch
Geschäftsführung/Arzneimittel-
/Hygienekom. autorisiert Ja

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| 1. Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika | Ja |
| c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| 2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |
| 3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft | Ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der interne Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektionsmittelverbrauch | |
|---|-----------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 29,00 ml/Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 88,00 ml/Patiententag |
| Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs | Ja |

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

| MRSA | |
|---|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor | Ja |

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

| Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang | |
|--|----|
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren | Ja |

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Bronze |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: Hygiene Netzwerk Süd-Ost-Niedersachsen |
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | CDAD-KISS HAND-KISS MRSA-KISS |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---------------------------|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | innerhalb von 48 Stunden |

| Regelmäßige Einweiserbefragungen | |
|----------------------------------|------|
| Durchgeführt | Nein |

| Regelmäßige Patientenbefragungen | |
|----------------------------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Jeder Patient bekommt mit der Aufnahme einen Befragungsbogen, der auch anonym abgegeben werden kann ausgehändigt. |

| Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden | |
|--|----|
| Möglich | Ja |
| Link | |
| Kommentar | |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Frau Meryem Seifert |
| Telefon | 0531/7011-334 |
| Fax | 0531/7011-5321 |
| E-Mail | m.seifert@marienstift-braunschweig.de |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements | |
|---|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher | |
|--|--|
| Funktion | Pfarrerin und Seelsorgerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Elke Rathert |
| Telefon | 0531/7011-499 |
| E-Mail | e.rathert@marienstift-braunschweig.de |

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher | |
|--|--|
| Funktion | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name | Herr Klaus Salge |
| Telefon | 0531/7011-304 |
| Fax | 0531/7011-5321 |
| E-Mail | patientenbeauftragter@marienstift-braunschweig.de |

| Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern | |
|---|--|
| Kommentar | |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die

erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 0 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 2 |

Erläuterungen

Kooperation mit der Apotheke des Städtischen Klinikums Braunschweig.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.)

und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

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

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar |
|------|--|---|---------------|
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung | | Ja |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | - |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja |

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses | |
|---|----------------------------------|
| Zugeordnete Notfallstufe | Basisnotfallversorgung (Stufe 1) |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Nein |

| Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt |
|---|
| Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe |

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Medizinische Klinik

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|---------------------|
| Fachabteilung | Medizinische Klinik |
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Rainer Prönneke |
| Telefon | 0531/7011-226 |
| Fax | 0531/7011-5226 |
| E-Mail | r.proenneke@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Helmstedter Str. 35 |
| PLZ/Ort | 38102 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VR02 | Native Sonographie | |

| | | |
|------|--|--|
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VC05 | Schrittmachereingriffe | Werden zusammen mit den chirurgischen Kollegen durchgeführt. |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VR06 | Endosonographie | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 4377 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | I50 | 382 | Herzinsuffizienz |
| 2 | F10 | 339 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| 3 | I10 | 224 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| 4 | E86 | 192 | Volumenmangel |
| 5 | J44 | 157 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| 6 | K29 | 117 | Gastritis und Duodenitis |
| 7 | J18 | 96 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| 8 | I48 | 78 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| 9 | E11 | 77 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| 10 | A09 | 70 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Unter dem Dach der Medizinischen Klinik ist ein eigenes Palliativzentrum etabliert.

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 9-984 | 2497 | Pflegebedürftigkeit |
| 2 | 9-401 | 2006 | Psychosoziale Interventionen |
| 3 | 1-632 | 931 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 4 | 1-440 | 639 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 5 | 1-650 | 546 | Diagnostische Koloskopie |
| 6 | 8-98e | 498 | Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung |
| 7 | 8-930 | 426 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |

| | | | |
|----|-------|-----|--|
| 8 | 8-800 | 306 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 9 | 3-035 | 291 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 10 | 1-444 | 246 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Vor- und nachstationäres Leistungsangebot

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

Notfallambulanz

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Chefarztambulanz Dr. Prönneke

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Kommentar Ambulante Patientenvorstellung

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 1-650 | 49 | Diagnostische Koloskopie |
| 2 | 1-444 | 20 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 3 | 5-452 | 15 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,97

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,67 | |
| Ambulant | 0,3 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,97 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 410,21556

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,21

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,01 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,21 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1091,5212

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie |
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ31 | Innere Medizin und Rheumatologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF30 | Palliativmedizin |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 49,72

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 49,52 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 48,88 | |
| Nicht Direkt | 0,84 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 88,38853

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,66 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6631,81818

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,22

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,22 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,22 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1971,62162

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,38

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,38 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,38 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3171,73913

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,55

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,55 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,55 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2823,87097

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,9

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,7 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,9 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 653,28358

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|----------------|
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches | |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | Palliativ Care |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|--------------------------------|
| ZP18 | Dekubitusmanagement |
| ZP05 | Entlassungsmanagement |
| ZP13 | Qualitätsmanagement |
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| ZP16 | Wundmanagement |
| ZP14 | Schmerzmanagement |
| ZP15 | Stomamanagement |
| ZP09 | Kontinenzmanagement |
| ZP20 | Palliative Care |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**B-2 Allgemeine Chirurgie****B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------------|
| Fachabteilung | Allgemeine Chirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Ekkehard Möbius |
| Telefon | 0531/7011-245 |
| Fax | 0531/7011-5245 |
| E-Mail | e.moebius@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Helmstedter Str. 35 |
| PLZ/Ort | 38102 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|---|--|
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | Im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |

| | |
|------|--|
| VC24 | Tumorchirurgie |
| VC60 | Adipositaschirurgie |
| VC62 | Portimplantation |
| VC68 | Mammachirurgie |
| VC05 | Schrittmachereingriffe |
| VC14 | Speiseröhrenchirurgie |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| VC63 | Amputationschirurgie |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie |
| VO15 | Fußchirurgie |
| VO19 | Schulterchirurgie |
| VD20 | Wundheilungsstörungen |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| VR02 | Native Sonographie |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1570 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | K40 | 361 | Hernia inguinalis |
| 2 | K80 | 147 | Cholelithiasis |
| 3 | K43 | 79 | Hernia ventralis |
| 4 | K59 | 57 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| 5 | K35 | 51 | Akute Appendizitis |
| 6 | K57 | 51 | Divertikulose des Darmes |
| 7 | L05 | 45 | Pilonidalzyste |
| 8 | M24 | 39 | Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen |
| 9 | K56 | 37 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| 10 | M20 | 36 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen |

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

| ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|--------|----------|--|
| K40 | 253 | Hernia inguinalis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| K41 | 8 | Hernia femoralis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| K42 | 49 | Hernia umbilicalis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| K43 | 67 | Hernia ventralis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| K44 | < 4 | Hernia diaphragmatica - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Chirurgische Klinik ist zertifiziertes Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie.

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-932 | 465 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 2 | 5-530 | 378 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 3 | 5-786 | 276 | Osteosyntheseverfahren |
| 4 | 5-788 | 252 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 5 | 9-401 | 201 | Psychosoziale Interventionen |
| 6 | 5-810 | 164 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 7 | 9-984 | 162 | Pflegebedürftigkeit |
| 8 | 5-511 | 150 | Cholezystektomie |
| 9 | 5-469 | 128 | Andere Operationen am Darm |
| 10 | 5-808 | 117 | Offen chirurgische Arthrodesen |
| 11 | 5-534 | 97 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 12 | 5-814 | 95 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes |
| 13 | 8-930 | 87 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 14 | 5-851 | 85 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 15 | 3-225 | 83 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 16 | 8-831 | 79 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 17 | 5-811 | 69 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 18 | 5-854 | 69 | Rekonstruktion von Sehnen |
| 19 | 5-916 | 68 | Temporäre Weichteildeckung |
| 20 | 5-983 | 67 | Reoperation |

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

| OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|---------|--------|---|
| 5-530 | 254 | Verschluss einer Hernia inguinalis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| 5-531 | 7 | Verschluss einer Hernia femoralis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| 5-534 | 47 | Verschluss einer Hernia umbilicalis - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| 5-535 | 12 | Verschluss einer Hernia epigastrica - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| 5-536 | 54 | Verschluss einer Narbenhernie - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| 5-538 | < 4 | Verschluss einer Hernia diaphragmatica - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |
| 5-539 | < 4 | Verschluss anderer abdominaler Hernien - im Rahmen des zertifizierten Hernienzentrums |

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**Chefarztambulanz Chirurgie Dr. Möbius**

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | Chefarztambulanz Dr. Möbius |

Vor- und nachstationäre Leistungen Chirurgie

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

Notfallambulanz Chirurgie

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-399 | 13 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 2 | 5-530 | 6 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 3 | 5-534 | 6 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 4 | 1-650 | < 4 | Diagnostische Koloskopie |
| 5 | 5-491 | < 4 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 6 | 5-535 | < 4 | Verschluss einer Hernia epigastrica |
| 7 | 5-897 | < 4 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis |

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-2.11 Personelle Ausstattung**B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,47 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,67 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 210,17403

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,6

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,4 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,6 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 290,74074

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| AQ13 | Viszeralchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,07

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 18,87 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 18,7 | |
| Nicht Direkt | 0,37 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 83,20085

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,63 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2492,06349

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,01 | |
| Ambulant | 0,44 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 781,09453

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-------------------------------|
| ZP27 | OP-Koordination/OP-Management |
| ZP16 | Wundmanagement |

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Klinik für Handchirurgie und angeborene Handfehlbildungen

B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|---|
| Fachabteilung | Klinik für Handchirurgie und angeborene Handfehlbildungen |
| Fachabteilungsschlüssel | 1551 1500 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Niels Benatar |
| Telefon | 0531/7011-235 |
| Fax | 0531/7011-5235 |
| E-Mail | n.benatar@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Helmstedter Str. 35 |
| PLZ/Ort | 38102 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|---|--|
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VK29 | Spezialsprechstunde | Für Kinder mit angeborenen Hand- und auch Fußfehlbildungen |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VK20 | Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen | Eines von nur zwei national und international anerkannten Zentren in Deutschland für die Behandlung von Kindern mit angeborenen Handfehlbildungen. |
| VC25 | Transplantationschirurgie | |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | Behandlung von posttraumatischen Folgezuständen an der Hand und an der oberen Extremität, auch durch aufwendige Sekundärrekonstruktionen mit Knochen-, Sehnen-, Nerven- und Sehnen-Transplantationen und Sehnenumlagerungen. |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 234 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | M72 | 51 | Fibromatosen |
| 2 | M18 | 41 | Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes] |
| 3 | G56 | 31 | Mononeuropathien der oberen Extremität |
| 4 | Q68 | 25 | Sonstige angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten |

| | | | |
|----|-----|----|---|
| 5 | M65 | 22 | Synovitis und Tenosynovitis |
| 6 | M67 | 9 | Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| 7 | Q69 | 7 | Polydaktylie |
| 8 | Q70 | 6 | Syndaktylie |
| 9 | M15 | 5 | Polyarthrose |
| 10 | D36 | 4 | Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

| ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|--------|----------|---|
| Q66 | < 4 | Angeborene Deformitäten der Füße |
| Q68 | 27 | Sonstige angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten |
| Q69 | 9 | Polydaktylie |
| Q70 | 14 | Syndaktylie |
| Q71 | 5 | Reduktionsdefekte der oberen Extremität |
| Q74 | 4 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en) |
| Q78 | < 4 | Sonstige Osteochondrodysplasien |
| Q87 | < 4 | Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme |

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-984 | 230 | Mikrochirurgische Technik |
| 2 | 5-840 | 89 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 3 | 5-903 | 66 | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut |
| 4 | 5-842 | 65 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger |
| 5 | 5-983 | 54 | Reoperation |
| 6 | 5-056 | 53 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 7 | 5-845 | 48 | Synovialektomie an der Hand |
| 8 | 5-847 | 41 | Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand |
| 9 | 5-849 | 41 | Andere Operationen an der Hand |
| 10 | 5-854 | 37 | Rekonstruktion von Sehnen |

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Chefarztambulanz Handchirurgische Klinik Dr. Benatar | |
|--|--|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | Ambulante Patientenvorstellung für Privatversicherte |

Handchirurgische Klinik - Vor/Nachstationäre Leistungen

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

KV Ambulanz Handchirurgische Klinik

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

Kommentar Ambulante Patientenvorstellung für gesetzlich Versicherte

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-840 | 121 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 2 | 5-845 | 69 | Synovialektomie an der Hand |
| 3 | 5-056 | 66 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 4 | 5-842 | 34 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger |
| 5 | 5-849 | 31 | Andere Operationen an der Hand |
| 6 | 5-787 | 26 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 7 | 5-041 | 22 | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven |
| 8 | 5-903 | 19 | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut |
| 9 | 5-844 | 14 | Operation an Gelenken der Hand |
| 10 | 5-841 | 7 | Operationen an Bändern der Hand |

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,4

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,2 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,4 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 73,125

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,04

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,84 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 127,17391

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|--------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie | Fachgebiet Handchirurgie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF12 | Handchirurgie |

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,62

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,52 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,62 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 92,85714

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,06

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,06 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,06 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3900

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,19

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,19 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,19 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1231,57895

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-4 Frauenheilkunde - Gynäkologie

B-4.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-------------------------------|
| Fachabteilung | Frauenheilkunde - Gynäkologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2400 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Frau Ursula Nitsche-Gloy |
| Telefon | 0531/7011-275 |
| Fax | 0531/7011-5275 |
| E-Mail | frauenklinik@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Helmstedter Str. 35 |
| PLZ/Ort | 38102 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|---|---|
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VG05 | Endoskopische Operationen | |
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie | |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | |
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | Offene sowie endoskopische Operationen, speziell TVT, TVT-O und Burch-Plastik |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | |

| | | |
|------|--|---|
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VG15 | Spezialsprechstunde | Indikationssprechstunden Inkontinenzbehandlung |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes | |

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 695 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | D25 | 86 | Leiomyom des Uterus |
| 2 | N81 | 68 | Genitalprolaps bei der Frau |
| 3 | N83 | 54 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri |
| 4 | N80 | 34 | Endometriose |
| 5 | O21 | 31 | Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft |
| 6 | D27 | 30 | Gutartige Neubildung des Ovars |
| 7 | O20 | 21 | Blutung in der Frühschwangerschaft |
| 8 | C50 | 20 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |
| 9 | N39 | 20 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 10 | N76 | 20 | Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva |

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-704 | 120 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 2 | 5-661 | 97 | Salpingektomie |
| 3 | 5-682 | 85 | Subtotale Uterusexstirpation |
| 4 | 5-683 | 78 | Uterusexstirpation [Hysterektomie] |
| 5 | 5-651 | 77 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 6 | 5-690 | 59 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 7 | 5-653 | 53 | Salpingoovariektomie |

| | | | |
|----|-------|----|--|
| 8 | 9-984 | 51 | Pflegebedürftigkeit |
| 9 | 1-672 | 48 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 10 | 5-657 | 29 | Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung |

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Chefarztambulanz Frauenklinik Frau Nitsche-Gloy | |
|--|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | Ambulante Patientenvorstellung für privat Versicherte |

| Frauenklinik - Vor/Nachstationäre Leistungen | |
|---|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Kommentar | Ambulante Patientenvorstellung für privat Versicherte |

| KV Ambulanz Frauenklinik | |
|---------------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
| Kommentar | Ambulante Patientenvorstellung für gesetzlich Versicherte |

| Notfallambulanz Frauenklinik | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
| Kommentar | Ambulante Notfallversorgung |

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-690 | 262 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] |
| 2 | 1-672 | 236 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 3 | 1-471 | 128 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium |
| 4 | 5-399 | 29 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5 | 5-691 | 27 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers |
| 6 | 5-681 | 18 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus |
| 7 | 1-694 | 17 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 8 | 5-651 | 17 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe |
| 9 | 5-702 | 10 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes |
| 10 | 5-671 | 7 | Konisation der Cervix uteri |

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-4.11 Personelle Ausstattung**B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,19 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 165,87112

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,28

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,18 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,28 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 588,98305

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 9,22 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 9,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 75,37961

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,29 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2396,55172

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,02

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,02 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,02 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 34750

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,22

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,44 | |
| Ambulant | 1,78 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,22 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1579,54545

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP09 | Kontinenzmanagement |

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-5 Frauenklinik - Geburtshilfe

B-5.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-----------------------------|
| Fachabteilung | Frauenklinik - Geburtshilfe |
| Fachabteilungsschlüssel | 2500 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. Branko Milkanovic |
| Telefon | 0531/7011-275 |
| Fax | 0531/7011-5275 |
| E-Mail | frauenklinik@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Helmstedter Str. 35 |
| PLZ/Ort | 38102 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|--|--|
| VG12 | Geburtshilfliche Operationen | |
| VG19 | Ambulante Entbindung | |
| VG10 | Betreuung von Risikoschwangerschaften | Nur im Rahmen der Notfallversorgung |
| VG09 | Pränataldiagnostik und -therapie | Fruchtwasserentnahme (Amniocentese), Doppler-Ultraschalluntersuchungen bei gestörtem Schwangerschaftsverlauf, Fruchtwasserspiegelung bei Übertragung, ambulante ärztliche Vorstellung vor der Entbindung sowie Cardiotokographie (Herzton-Wehen-Kurve). Möglichkeit der äuß... |
| VG11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes | |

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2012 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | Z38 | 926 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort |
| 2 | O42 | 141 | Vorzeitiger Blasensprung |
| 3 | O48 | 111 | Übertragene Schwangerschaft |
| 4 | O80 | 98 | Spontangeburt eines Einlings |
| 5 | O68 | 92 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] |
| 6 | O70 | 76 | Dammriss unter der Geburt |
| 7 | O34 | 74 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane |
| 8 | O32 | 56 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus |
| 9 | O99 | 53 | Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren |
| 10 | O64 | 50 | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus |

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 9-262 | 958 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen |
| 2 | 9-500 | 911 | Patientenschulung |
| 3 | 1-242 | 814 | Audiometrie |
| 4 | 9-260 | 486 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt |
| 5 | 5-758 | 411 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] |
| 6 | 5-749 | 374 | Andere Sectio caesarea |
| 7 | 8-910 | 333 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 8 | 9-261 | 251 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt |
| 9 | 5-738 | 207 | Episiotomie und Naht |
| 10 | 5-728 | 103 | Vakuumentbindung |

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Chefarztambulanz Frauenklinik Frau Nitsche-Gloy | |
|---|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | Ambulante Patientenvorstellung für privat Versicherte |

Frauenklinik - Vor/Nachstationäre Leistungen

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

KV Ambulanz Frauenklinik

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

Notfallambulanz Frauenklinik

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
| Kommentar | Ambulante Notfallversorgung |

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,83

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,73 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,83 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 351,13438

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,33

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,23 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,33 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1635,77236

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,62

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,52 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,62 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 236,15023

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,29 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 878,60262

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,49

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,49 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,49 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4106,12245

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 9

Anzahl stationäre Fälle je Person: 223,55556

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,36

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,36 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,36 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5588,88889

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-------------------------------|
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung |

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-6 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-6.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-------------------------------|
| Fachabteilung | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| Fachabteilungsschlüssel | 2600 |
| Art | Belegabteilung |

Ärztliche Leitung

| Belegärztin oder Belegarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Herren Dr. med. Andreas Bodlien und Marc Kassuhn |
| Telefon | 0531/125993- |
| E-Mail | marienstift@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Praxis: Küchenstr. 10 |
| PLZ/Ort | 38100 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

| Belegärztin oder Belegarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Belegarzt HNO |
| Titel, Vorname, Name | Gemeinschaftspraxis Dott./Univ. Messina Michael Köllische und Dr. med. Frank Reintjes |
| Telefon | 0531/43618- |
| E-Mail | info@hno-praxis-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Praxis: Ritterbrunnen 4 |
| PLZ/Ort | 38100 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

Die beiden vorangestellten Praxen bilden den Hauptanteil der Patienten in der HNO-Belegabteilung ab. Zudem operieren noch:

Herr Dr. med. Erich Koch (Praxis: Casparistr. 5/6, 38100 Braunschweig) sowie
 Herr Dr. med. Wolfgang Schwartz (Praxis: Kastanienallee 2 a, 38102 Braunschweig)

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung |
|------|--|
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| VH25 | Schnarchoperationen |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| VH01 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres |
| VH12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege |
| VH06 | Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres |
| VH13 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie |
| VH04 | Mittelohrchirurgie |
| VH18 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich |
| VH19 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 225 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | J34 | 94 | Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen |
| 2 | J35 | 74 | Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel |
| 3 | J32 | 35 | Chronische Sinusitis |
| 4 | M95 | 11 | Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| 5 | R04 | 11 | Blutung aus den Atemwegen |

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-215 | 332 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] |
| 2 | 5-214 | 100 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums |
| 3 | 5-282 | 59 | Tonsillektomie mit Adenotomie |
| 4 | 5-218 | 47 | Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik] |
| 5 | 5-984 | 46 | Mikrochirurgische Technik |
| 6 | 5-221 | 23 | Operationen an der Kieferhöhle |
| 7 | 5-222 | 20 | Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle |
| 8 | 5-224 | 17 | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen |
| 9 | 5-281 | 14 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie) |
| 10 | 5-285 | 11 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie) |

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Ambulante operative Behandlung HNO | |
|------------------------------------|--|
| Ambulanzart | Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15) |
| Kommentar | Praxis Drs. med. Bodlien und Kassuhn, Küchenstr. 10, 38100 Braunschweig Praxis Drs. med. Köllisch und Reintjes, Ritterbrunnen 4, 38100 Braunschweig Praxis Dr. med. Koch Casparistr. 5/6, 38100 Braunschweig Praxis Dr. med. Schwartz Kastanienallee 2b, 38102 Braunschweig |

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 4

Anzahl stationäre Fälle je Person: 56,25

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ18 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,46

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,36 | |
| Ambulant | 0,1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,46 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 95,33898

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,06

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,06 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,06 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3750

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,19

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,19 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,19 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1184,21053

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst |
| PQ20 | Praxisanleitung |
| PQ13 | Hygienefachkraft |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-7 Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-7.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilung | Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3600 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt und Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Herrn Dr. med. Udo Rudolf Schwippel |
| Telefon | 0531/7011-259 |
| Fax | 0531/7011-5259 |
| E-Mail | ur.schwippel@marienstift-braunschweig.de |
| Straße/Nr | Helmstedter Str. 35 |
| PLZ/Ort | 38102 Braunschweig |
| Homepage | http://www.neuerkerode.de/krankenhaus-marienstift |

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung |
|------|---|
| VC71 | Notfallmedizin |
| VX00 | Anästhesiologische Versorgung |
| VI40 | Schmerztherapie |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin |

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Kommentar | 635 Patienten wurden auf der Intensivstation behandelt, 3.222 stationäre Operationen (-> Anästhesien) sowie 952 ambulante Operationen erbracht. |

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 8-930 | 522 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 2 | 9-401 | 288 | Psychosoziale Interventionen |
| 3 | 8-831 | 134 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 4 | 1-632 | 113 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 5 | 3-225 | 90 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 6 | 8-800 | 89 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 7 | 8-931 | 68 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes |
| 8 | 1-440 | 64 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 9 | 1-650 | 58 | Diagnostische Koloskopie |
| 10 | 3-222 | 34 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Chefarztambulanz Anästhesie und Schmerzambulanz | |
|---|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| KV Ambulanz Anästhesie | |
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-7.11 Personelle Ausstattung**B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,47

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 8,17 | |
| Ambulant | 0,3 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,47 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,05 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 20,85

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 20,65 | |
| Ambulant | 0,2 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 20,57 | |
| Nicht Direkt | 0,28 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,18

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,18 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,18 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ13 | Hygienefachkraft |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|---|
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 202 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Geburtshilfe (16/1) | 971 | 99,9 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 274 | 99,6 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 58 | 96,5 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | < 4 | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |

| | | | |
|--|---|-------|--|
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 5 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren- Implantation (09/4) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren- Revision/Systemwechsel/Explantati on (09/6) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und – komponentenwechsel (KEP_WE) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| | | | |
|---|-----|-------|---|
| Mammachirurgie (18/1) | 20 | 95,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 172 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹ | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

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

| | | |
|---|---|--|
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz- Lungentransplantation (LUTX) | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebenspende (NLS) | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierentransplantation (PNTX) ² | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation (PNTX) | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

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

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

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

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Grundgesamtheit | 202 |
| Beobachtete Ereignisse | 198 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,02% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,73 - 98,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,02 - 99,23% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) |

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

| | |
|--|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232000_2005 |
| Grundgesamtheit | 178 |
| Beobachtete Ereignisse | 174 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 97,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,63 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,37 - 99,12% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Grundgesamtheit | 200 |
| Beobachtete Ereignisse | 196 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,79 - 98,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,97 - 99,22% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232001_2006 |

| | |
|--|----------------|
| Grundgesamtheit | 176 |
| Beobachtete Ereignisse | 172 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 97,73% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,69 - 98,80% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,30 - 99,11% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,25 - 97,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |

| | |
|--|----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 97,26% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Grundgesamtheit | 136 |
| Beobachtete Ereignisse | 131 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 96,32% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,08 - 93,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,68 - 98,42% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). |
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 81,82% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 82,89 - 83,19% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 61,48 - 92,69% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Grundgesamtheit | 74 |
| Beobachtete Ereignisse | 59 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 79,73% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,49 - 92,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 69,21 - 87,31% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | U31 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Grundgesamtheit | 63 |
| Beobachtete Ereignisse | 48 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 76,19% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,52 - 92,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 64,36 - 85,01% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist |
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Grundgesamtheit | 99 |
| Beobachtete Ereignisse | 98 |

| Erwartete Ereignisse | |
|--|--|
| Ergebnis (Einheit) | 98,99% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 96,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,50 - 99,82% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Grundgesamtheit | 85 |
| Beobachtete Ereignisse | 84 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,82% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,77 - 96,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,63 - 99,79% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Grundgesamtheit | 98 |
| Beobachtete Ereignisse | 98 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,62 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,23 - 100,00% |

| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Grundgesamtheit | 84 |
| Beobachtete Ereignisse | 84 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,57 - 98,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,63 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Grundgesamtheit | 198 |
| Beobachtete Ereignisse | 198 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,69 - 96,82% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,10 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Grundgesamtheit | 176 |

| | |
|--|-----------------|
| Beobachtete Ereignisse | 176 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,63 - 96,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,86 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Grundgesamtheit | 137 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 40,75 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,22 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,98 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,12 - 0,40 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Grundgesamtheit | 159 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| Erwartete Ereignisse | 43,59 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,32 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,19 - 0,52 |

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens

| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
|---|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde. |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 2,84 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,76 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,78 - 3,36 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Grundgesamtheit | 178 |
| Beobachtete Ereignisse | 44 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 24,72% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 15,35 - 15,69% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 18,96 - 31,55% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). |
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |

| | |
|--|----------------|
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,92 - 17,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend |
| Ergebnis-ID | 318 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,69 - 97,13% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | N01 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt) |
| Ergebnis-ID | 321 |
| Grundgesamtheit | 922 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |

| | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 - 0,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,41% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein |
| Ergebnis-ID | 330 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,13 - 96,97% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | N01 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | E-E-Zeit bei Notfalkaiserschnitt über 20 Minuten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfalkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten |
| Ergebnis-ID | 1058 |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 - 0,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 29,91% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben |
| Ergebnis-ID | 50045 |
| Grundgesamtheit | 310 |
| Beobachtete Ereignisse | 304 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,94 - 99,02% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,84 - 99,11% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Azidose bei reifen Einlingen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) |
| Ergebnis-ID | 51397 |
| Grundgesamtheit | 922 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 2,16 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,77 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen) |
| Ergebnis-ID | 51803 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,44 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,32$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,09 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,15 - 1,29 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Azidose bei frühgeborenen Einlingen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind) |
| Ergebnis-ID | 51831 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,03 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 5,32$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 1,16 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 87,07 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Kommentar beauftragte Stelle | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |

| Leistungsbereich (LB) | |
|--|---|
| Geburtshilfe | |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | |
| Kaiserschnittgeburt | |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| Ergebnis-ID | 52249 |
| Grundgesamtheit | 967 |
| Beobachtete Ereignisse | 308 |
| Erwartete Ereignisse | 279,17 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,10 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,24 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,01 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,00 - 1,21 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | |
|--|---|
| Geburtshilfe | |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | |
| Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV | |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen |
| Ergebnis-ID | 181800 |
| Grundgesamtheit | 659 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,14 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,23 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,82 - 0,97 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,35 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Kommentar beauftragte Stelle | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 612 |
| Grundgesamtheit | 63 |
| Beobachtete Ereignisse | 62 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,41% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 74,11 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 88,23 - 88,88% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,54 - 99,72% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 10211 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 7,35 - 8,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis |

| | |
|--|----------------|
| Ergebnis-ID | 172001_10211 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 12,06 - 14,27% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen |
| Ergebnis-ID | 12874 |
| Grundgesamtheit | 75 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 1,09% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,87% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen |
| Ergebnis-ID | 51906 |

| | |
|--|-------------|
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,32 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,18 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,36 - 4,72 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter |
| Ergebnis-ID | 52283 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,19 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,90 - 3,12% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 60685 |
| Grundgesamtheit | 66 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |

| | |
|--|----------------|
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 - 1,02% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 5,50% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Ergebnis-ID | 60686 |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 33,33% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 44,70 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 19,41 - 20,84% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 17,97 - 53,29% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
| Ergebnis-ID | 52307 |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |

| | |
|---|-----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,21 - 98,41% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 67,56 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 111801 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,30 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,18 - 0,33% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln) |
| Ergebnis-ID | 2190 |
| Grundgesamtheit | 144 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |

| | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,02 - 0,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,60% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation |
| Ergebnis-ID | 2194 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 3,92 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,77$ (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,37 - 9,33 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | A41 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 2195 |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,05 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 6,14$ (95. Perzentil) |

| | |
|--|---|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 58,44 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Kommentar beauftragte Stelle | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51191 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,49 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,29 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,18 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,26 - 7,89 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) |
| Ergebnis-ID | 52139 |
| Grundgesamtheit | 57 |
| Beobachtete Ereignisse | 46 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 80,70% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,00 % |

| | |
|--|----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 88,73 - 89,15% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 68,66 - 88,87% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten. |
| Ergebnis-ID | 52305 |
| Grundgesamtheit | 212 |
| Beobachtete Ereignisse | 210 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 99,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,23 - 95,39% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,63 - 99,74% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers |
| Ergebnis-ID | 52311 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,50 - 1,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | A41 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt |
| Ergebnis-ID | 54140 |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 52 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,11% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,43 - 98,62% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,06 - 99,67% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 1. Wahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten |
| Ergebnis-ID | 54141 |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 52 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,11% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,51 - 96,78% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,06 - 99,67% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 2. Wahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten |
| Ergebnis-ID | 54142 |
| Grundgesamtheit | 53 |

| | |
|--|--------------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,07 - 0,12% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 6,76% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Systeme 3. Wahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten |
| Ergebnis-ID | 54143 |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,68 - 1,88% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 6,76% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Dosis-Flächen-Produkt |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 101800 |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | 5,27 |
| Ergebnis (Einheit) | 2,09 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,44 (95. Perzentil) |

| | |
|---|-------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 - 0,89 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,20 - 3,38 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 101801 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\leq 2,60 \%$ |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,13% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | A41 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben |
| Ergebnis-ID | 101802 |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 32,14% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 54,68 - 55,41% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Leitlinienkonforme Indikation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich |
| Ergebnis-ID | 101803 |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 52 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 98,11% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,02 - 94,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,06 - 99,67% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 51404 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,06 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,20 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 1,20 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 37,97 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |
| Kommentar beauftragte Stelle | In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden. |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
| Ergebnis-ID | 52315 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 1,29% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 43,45% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
| Ergebnis-ID | 121800 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,10 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 1,27% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 43,45% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Primäre Axilladisektion bei DCIS |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten) |
| Ergebnis-ID | 2163 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,05 - 0,22% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde |
| Ergebnis-ID | 50719 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,13 % (80. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,59 - 4,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | N01 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage |
| Ergebnis-ID | 51370 |

| | |
|--|----------------------------|
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,67 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,07 - 3,38% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 48,99% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt |
| Ergebnis-ID | 51846 |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,82 - 98,03% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 70,09 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) |
| Ergebnis-ID | 51847 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |

| | |
|---|----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,78 - 97,16% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | U32 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | HER2-Positivitätsrate |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet) |
| Ergebnis-ID | 52268 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,13 - 13,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | N02 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.) |
| Ergebnis-ID | 52279 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |

| | |
|--|-----------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,69 - 98,95% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 60,97 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.) |
| Ergebnis-ID | 52330 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,35 - 99,57% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nachresektionsrate |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden |
| Ergebnis-ID | 60659 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 23,01 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 11,06 - 11,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 43,45% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen |
| Ergebnis-ID | 211800 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 97,04 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,30 - 99,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 60,97 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Grundgesamtheit | 7422 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | 0,32 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,81 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,32 (95. Perzentil) |

| | |
|---|---------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 38,03 - 92,66 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Grundgesamtheit | 7422 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,05% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Grundgesamtheit | 7422 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,15% |

Referenzbereich (bundesweit)

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,33 - 0,33% |
|---------------------------------------|--------------|

| | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,08 - 0,27% |
|--|--------------|

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens**Leistungsbereich (LB)****Pflege: Dekubitusprophylaxe****Bezeichnung der Kennzahl****Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3****Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

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

| | |
|--------------------|--------|
| Ergebnis-ID | 521801 |
|--------------------|--------|

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 7422 |
|------------------------|------|

| | |
|-------------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
|-------------------------------|---|

Erwartete Ereignisse

| | |
|---------------------------|-------|
| Ergebnis (Einheit) | 0,11% |
|---------------------------|-------|

Referenzbereich (bundesweit)

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06% |
|---------------------------------------|--------------|

| | |
|--|--------------|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,05 - 0,21% |
|--|--------------|

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens

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

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

| | |
|-----|---|
| A41 | = Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| A42 | = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| A43 | = unzureichend |
| A71 | = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) |
| A72 | = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| A99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D50 | = Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| D51 | = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| D80 | = Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| D81 | = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| D99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| H20 | = Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |

| | | |
|-----|---|---|
| H99 | = | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| N01 | = | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| N02 | = | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| N99 | = | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| R10 | = | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| S90 | = | Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog |
| S91 | = | Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| S92 | = | Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden |
| S99 | = | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| U31 | = | Besondere klinische Situation |
| U32 | = | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| U33 | = | Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| U34 | = | zureichend |
| U61 | = | Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert) |
| U62 | = | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| U63 | = | Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| U99 | = | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Trifft nicht zu.

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

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|-------|--|-------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 24 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 24 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 24 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG