



St. Elisabeth-Krankenhaus Volkmarßen

Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
	Einleitung	6
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-13	Besondere apparative Ausstattung	25
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	25
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	26
B-[1500]	Allgemeine Chirurgie	26
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	26
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	26
B-[1500].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	26
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	27
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	28
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	30
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	33
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	34
B-[1500].11.2	Pflegepersonal	34
B-[0100]	Innere Medizin	36
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	36

B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	36
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	36
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	37
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	38
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen	39
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	39
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	40
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	41
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	41
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	41
B-[0100].11.2	Pflegepersonal	42
B-[2400]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	43
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	43
B-[2400].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	43
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	45
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	49
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	49
B-[2600]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	51
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	51
B-[2600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	51
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	52

B-[2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	53
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	54
B-[2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	55
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	57
B-[2600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	57
B-[2600].11.2	Pflegepersonal	57
C	Qualitätssicherung	58
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	58
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	93
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	93
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	93
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	93
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	94
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	94
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	94
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	96

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den Qualitätsbericht des St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen für das Jahr 2022 vorlegen zu können. Auf diesem Weg wollen wir Ihnen die Leistungsfähigkeit unserer Klinik und ihre hohe Leistungsqualität näher bringen und transparent darstellen. Ein Höchstmaß an Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit sind unser erstes Ziel. Darum haben wir uns im St. Elisabeth Krankenhaus dazu entschlossen, unser Haus – über die obligatorische Teilnahme an den Qualitätssicherungsprogrammen der Krankenversicherer hinaus – nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015 als auch nach den strengen Richtlinien der procum Cert zertifizieren zu lassen.

In diesem Qualitätsbericht sind die aktuellen Schwerpunkte der klinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenz des St. Elisabeth Krankenhaus dokumentiert. Er zeigt: Unser Haus ist ein innovatives, am Wohl der Patienten und an den Interessen der Leistungsträger orientiertes Krankenhaus. Wir wollen Ihnen mit diesem Bericht eine Informations- und Entscheidungshilfe an die Hand geben. Zum besseren Verständnis und zur besseren Lesbarkeit haben wir diesen Qualitätsbericht bewusst an den Vorgaben orientiert, die vom Gesetzgeber für Akutkrankenhäuser erarbeitet worden sind.

Die hier zusammengestellten Zahlen, Daten und Fakten geben einen tieferen Einblick für Experten und alle, die sich ein intensiveres Bild unseres Hauses machen wollen.

Dieser Qualitätsbericht wird jährlich aktualisiert erstellt und weiterentwickelt. Wir stehen Ihnen darüber hinaus gern mit ergänzenden Informationen und natürlich auch für Anregungen zur Verfügung.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Publikation auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Mit den besten Wünschen

Die Krankenhausleitung

Einleitung

Datum der Erstellung des Qualitätsberichts:
01.10.2018
Hersteller der Software zur Erstellung des XML:
3M Medica
Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH
Health Information Systems
Hammfelddamm 11
D41460 Neuss
Verwendete Software:
3M QM-Portal, Modul QS-Bericht, Version 2018.1

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Christel Keim
Telefon	05693 680 111
Fax	05693 680 133
E-Mail	c.keim@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dipl. Ges. Ök. Michael Schmidt
Telefon	0561 8073 1000
Fax	0561 8073 4000
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses <http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
Straße	Warburger Straße
Hausnummer	6

IK-Nummer	260620066
Standort-Nummer	771765000
Standort-Nummer alt	2
Telefon-Vorwahl	05693
Telefon	6800
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Krankenhaus-URL	http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

St. Elisabeth Krankenhaus

PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
Straße	Warburger Straße
Hausnummer	6
IK-Nummer	260620066
Standort-Nummer	771765000
Standort-Nummer alt	2
Standort-URL	http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dipl. Ges.-Ök. Michael Schmidt
Telefon	05693 680 0
Fax	05693 680 133
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	MHBA Thomas Lüsebrink
Telefon	05693 680 0
Fax	05693 680 133
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
-------------------------------	----------------

Titel, Vorname, Name	Dipl. Kfm. (FH) Peter Wieddekind
Telefon	05693 680 0
Fax	05693 680 133
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

Leitung des Standorts

St. Elisabeth Krankenhaus - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dipl.Ges.-Ök. Micheal Schmidt
Telefon	05693 680 0
Fax	05693 680 133
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

St. Elisabeth Krankenhaus - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Martin Konermann
Telefon	05693 680 0
Fax	05693 680 133
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

St. Elisabeth Krankenhaus - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Dipl. Kfm. (FH) Peter Wieddekind
Telefon	05693 680 0
Fax	05693 680 133
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Marienkrankenhaus Kassel gGmbH
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu
-----------------	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med. pfleg. Leistungsangebot
1	MP63 - Sozialdienst
2	MP51 - Wundmanagement In Zusammenarbeit der Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin und des Pflegedienstes, der speziell ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stellt
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie über die am Krankenhaus angegliederte Praxis für Physiotherapie
4	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung durch eine Diätassistentin
5	MP25 - Massage durch angegliederte Physiotherapiepraxis
6	MP26 - Medizinische Fußpflege durch eine angegliederte Praxis, die über die Anerkennung zum Podologen verfügt
7	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie durch eine am Krankenhaus angegliederte Praxis für Physiotherapie
8	MP37 - Schmerztherapie/-management durch unsere Narkoseärzte
9	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen durch ausgebildete Diabetsberaterinnen und Diabetesassistentinnen
10	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen durch ausgebildete Diabetesberaterinnen und Diabetesassistentinnen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
3	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
4	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
6	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
7	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
8	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) alle Patientenzimmer sind mit Fernseher und Telefon sowie einem Tresor für Wertgegenstände ausgestattet. Auf jedem Stationsflur befindet sich ein Aufenthaltsraum sowie weitere Sitzgruppen in den öffentlichen Flurbereichen.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Christel Keim
Telefon	05693 680111
Fax	05693 680133
E-Mail	c.keim@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
2	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen Teilnahme am Projekt "Barrierefreies Nordwaldeck"
3	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
5	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
6	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Dienst stehen Mitarbeiter mit verschiedenen meist muttersprachlich erworbenen Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung.
7	BF24 - Diätetische Angebote Besonderer Schwerpunkt im Bereich Diabetes mellitus
8	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung Unsere Kapelle ist barrierefrei zugänglich
9	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
10	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
12	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HBO1 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin Kooperation mit dem Christlichen Bildungs Institut Kassel

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 72

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1852
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

Das St. Elisabeth Krankenhaus erbringt selbst keine ambulanten Leistungen. Ambulante Leistungen werden durch die niedergelassenen Belegärzte in Ihrem Arztpraxen erbracht.

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt 10

Drei der genannten zwölf Belegärzte sind Anästhesisten, die Patienten aller Fachabteilungen versorgen.

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 36,87

Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,87

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 13,87

Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,87	Ohne	0
--------------------------	-----	-------	------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 13,87

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,58

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,58

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,62

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,62	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,62

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt 2,45

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,45	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 2,45

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 0,33

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,34

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,34

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 0,34

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 0,34

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Im St. Elisabeth Krankenhaus erfolgt eine interne und externe Qualitätskontrolle durch Erhebungen und Sicherungsverfahren. Das Krankenhaus erhält durch Begehungen und Berichte zur Qualitätssicherung differenzierte Rückmeldungen. Durch jährliche Audits wird die Einhaltung der anspruchsvollen Qualitätsgrundsätze der DIN ISO inkl. pCC dokumentiert.

Ein Qualitätsmanagement-Handbuch ist im EDV-Netz vorhanden und wird kontinuierlich aktualisiert. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff zu einem vernetzten PC. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess wird durch jährliche, interne Audits in den einzelnen Abteilungen durch speziell geschulte Mitarbeiter unterstützt. Regelmäßige Qualitätszirkel fördern die Umsetzung der angestrebten Qualitätsstandards. Jährliche Zertifizierungs- bzw. Überwachungsaudits durch proCumCert (als unabhängige Prüfinstitution) garantieren die objektive Beurteilung der Prozessqualität.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Christel Keim
Telefon	05693 680 111
Fax	05693 680 133
E-Mail	c.keim@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Standortübergreifende QM-Steuerungsgruppe.
Teilnehmer: QMBs beider Standorte, Geschäftsführer, Pflegedirektion, Ärztlicher Direktor.

Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Standortübergreifendes Risikokernteam. Teilnehmer:
Risikomanager beider Standorte, Hygiene, Ärztlicher
Dienst

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
1	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikomanagement-Handbuch Qualitätsmanagement-Handbuch Letzte Aktualisierung: 19.12.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit der Notfallausrüstung, diverse Checklisten Letzte Aktualisierung: 06.09.2022
	RM06: Sturzprophylaxe
5	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Sturz Letzte Aktualisierung: 04.12.2022
6	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Dekubitus Letzte Aktualisierung: 04.12.2022
	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
7	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizintechnik Handbuch Letzte Aktualisierung: 11.07.2022
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 17.07.2023
9	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
10	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikomanagement-Handbuch Qualitätsmanagement-Handbuch Letzte Aktualisierung: 19.12.2022
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
12	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Periinterventionelle Identifikations- und Sicherheitscheckliste Letzte Aktualisierung: 08.08.2022
13	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Periinterventionelle Identifikations- und Sicherheitscheckliste. Letzte Aktualisierung: 08.08.2022
14	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Postoperative Überwachung der Patienten im Aufwachraum Letzte Aktualisierung: 11.07.2022
15	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikomanagement-Handbuch Qualitätsmanagement-Handbuch Letzte Aktualisierung: 19.12.2022
16	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Andere: Strukturiertes Besprechungswesen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: jährlich
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 23.03.2022

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Fortbildungsangebote wurden angepasst, Überarbeitung von schriftlichen Standards; Verbesserung von Organisationsprozessen, im Rahmen der Digitalisierung weitere Tools eingeführt.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Ja

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EFO3: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Das Hygienemanagement hat im St. Elisabeth Krankenhaus einen hohen Stellenwert und erfüllt die besonderen Anforderungen der behördlichen Vorgaben. Ein Krankenhaushygieniker sowie zwei Hygienefachkräfte im Verbund beraten regelmäßig das Haus. Die verantwortlichen Mitarbeiter werden regelmäßig geschult und geben ihr Wissen regelmäßig an alle Mitarbeiter weiter.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)

1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

3

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)	2
----------------------	---

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)	11
----------------------	----

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Weiterhin wurde eine MRE-Gruppe mit interdisziplinärer Besetzung implementiert (Chefarzt Medizinische Klinik, Pflegedirektion, Stationsleitungen der Intensiv- und einer Normalstation, Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt).

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich
--	--------------

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Thomas Lüsebrink
Telefon	0561 8073 0
Fax	0561 8073

Weiterhin wurde eine MRE-Gruppe mit interdisziplinärer Besetzung implementiert (Chefarzt Medizinische Klinik, Pflegedirektion, Stationsleitungen der Intensiv- und einer Normalstation, Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt).

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 41,66

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl

Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: monatlich
3	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE - Netz Nordhessen MRE Netzwerk Waldeck-Frankenberg
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)
5	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

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

HAND-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein Eine Benennung von Patientenfürsprechern in kirchlichen Häusern ist nicht vorgesehen. Wir möchten trotzdem diese wichtige Position besetzt wissen. In unserem Haus übernimmt der Besuchsdienst Aufgaben aus dieser Funktion.
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja Die an verschiedenen Stellen ausliegenden Flyer für Lob, Kritik und Anregungen können mit und ohne Nennung des Namens ausgefüllt und in den Briefkasten im Foyer eingeworfen werden. Telefonische anonyme Beschwerden werden von jedem Mitarbeiter angenommen und schriftlich fixiert. Sofern es der Anrufer wünscht, wird das Gespräch an eine zuständige Ansprechperson weitergeleitet. An die Haus-Mailadresse können anonyme Emails versendet werden.
9	Patientenbefragungen	Ja Durchführung alle 2 bis 3 Jahre.
10	Einweiserbefragungen	Nein

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
---	-------------------------------	----------

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Christel Keim
Telefon	05693 680 111
Fax	05693 680 133
E-Mail	c.keim@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja - eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Thomas Lüsebrink
Telefon	0561 8073 1400
Fax	0561 8073 9400
E-Mail	t.luesebrink@marienkrankenhaus-kassel.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen

Es besteht ein Versorgungsvertrag mit einer externen Krankenhausapotheke, in dem sämtliche Leistungsinhalte festgelegt sind. Diese beinhalten u. a. Arzneimittelversorgung, Beratung, Analysen und Kontrollen.

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
3	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
5	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
6	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
7	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen? Nein

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Gerät zur Gefäßdarstellung in Kooperation mit einem niedergelassenem Radiologen
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) in Zusammenarbeit mit unserem niedergelassenen Belegarzt

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

Erläuterungen

Das St. Elisabeth-Krankenhaus ist ein reines Belegkrankenhaus ohne eigene ärztliche Mitarbeiter.

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

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

Nein

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

Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500] Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Abteilung

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Andreas Dingel
Telefon	05693 918330
Fax	05693 91833108
E-Mail	praxisdingel@t-online.de
Strasse	Warbuger Straße
Hausnummer	6a
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
URL	https://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de/

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Michael Ackermann
Telefon	05693 918330
Fax	05693 91833108
E-Mail	praxisdingel@t-online.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	6a
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen

URL	https://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Hamed Ohida
Telefon	05693 918330
Fax	05693 91833108
E-Mail	praxisdingel@t-online.de
Strasse	Warbuger Straße
Hausnummer	6a
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
URL	https://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Caner Curuk
Telefon	05693 918330
Fax	0561 91833108
E-Mail	praxisdingel@t-online.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	6a
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
URL	https://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Ingo Müller
Telefon	05693 918330
Fax	05693 91833108
E-Mail	praxisdingel@t-online.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	6a
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
URL	https://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de/

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der

Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1500]. 3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
2	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
3	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
4	VO14 - Endoprothetik
5	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
6	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
7	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
8	VC62 - Portimplantation
9	VC63 - Amputationschirurgie
10	VR15 - Arteriographie

B-[1500]. 5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1199
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500]. 6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	336
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	209
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	167
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	69
5	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	60
6	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	60
7	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	47

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
8	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	24
9	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	19
10	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	19
11	I70.0	Atherosklerose der Aorta	16
12	M23.30	Sonstige Meniskusschädigungen: Mehrere Lokalisationen	11
13	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	11
14	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	8
15	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	8
16	M20.1	Hallux valgus (erworben)	6
17	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	6
18	K61.1	Rektalabszess	6
19	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	6
20	A46	Erysipel [Wundrose]	5
21	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	4
22	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	4
23	I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	< 4
24	R02.07	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchelregion, Fuß und Zehen	< 4
25	R02.06	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel und Knie	< 4
26	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	< 4
27	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
28	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	< 4
29	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	< 4
30	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	< 4

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I83	Varizen der unteren Extremitäten	361
2	I70	Atherosklerose	335
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	210
4	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	61
5	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	48
6	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	33
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	28
8	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	10
9	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	10
10	K40	Hernia inguinalis	8
11	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	6
12	K80	Cholelithiasis	6
13	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	6
14	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	6
15	A46	Erysipel [Wundrose]	5
16	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	5
17	I87	Sonstige Venenkrankheiten	4
18	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
19	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
20	L03	Phlegmone	< 4
21	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
22	L05	Pilonidalzyste	< 4
23	K42	Hernia umbilicalis	< 4
24	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	< 4
25	M19	Sonstige Arthrose	< 4
26	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
27	M87	Knochennekrose	< 4
28	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4
29	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	< 4
30	M75	Schulterläsionen	< 4

B-[1500]. 7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossectomie und Stripping: V. saphena magna	252
2	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	211
3	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	211
4	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	211
5	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	210
6	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	209
7	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	209
8	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	206
9	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	186
10	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	153
11	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossectomie: V. saphena magna	109
12	5-382.02	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	96
13	5-393.53	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	72
14	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	61
15	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	59
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	57
17	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	51
18	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	50
19	8-192.1g	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß	49
20	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	47
21	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	45
22	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	45

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-393.42	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliofemoral	45
24	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	34
25	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	31
26	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	28
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	28
28	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel	25
29	5-393.55	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorocrural	23
30	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	22

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	805
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	632
3	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	413
4	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	352
5	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	206
6	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	156
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	131
8	5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung	97
9	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	91
10	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	84
11	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	61
12	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	54
13	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	51
14	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	48
15	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	47
16	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	46

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
17	8-020	Therapeutische Injektion	23
18	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	23
19	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	19
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	17
21	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	14
22	9-401	Psychosoziale Interventionen	14
23	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	12
24	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	11
25	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	11
26	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	11
27	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	10
28	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	10
29	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	8
30	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	8

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Das St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen ist ein reines Belegarzt Krankenhaus. Die Belegärzte führen ambulante Eingriffe in den Räumen des Krankenhauses durch.

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden ausschließlich durch die Belegärzte durchgeführt. Das St. Elisabeth Krankenhaus kann aufgrund seiner Belegarztstruktur keine ambulanten Operationen nach § 115 SGB V durchführen. Die Belegärzte führen jedoch ambulante Operationen in ihrem jeweiligen Fachgebiet teilweise in der Klinik und teilweise in ihren Praxen durch.

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt 5 Fälle je VK/Person 239,8

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie
3	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 17,83 Fälle je VK/Person 67,24621

Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,83

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,2 Fälle je VK/Person 5995

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,62 Fälle je VK/Person 1933,871

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,62

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt 1,67 Fälle je VK/Person 717,9641

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /
akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
2	PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[0100] Innere Medizin

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin - Nephrologe
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Eberhard Köhler
Telefon	05693 98860
Fax	05693 988618
E-Mail	info@dialyse-volkmarsen.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	15
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin - Nephrologe
Titel, Vorname, Name	Martin Troeltsch
Telefon	05693 98860
Fax	05693 988618
E-Mail	info@dialyse-volkmarsen.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	15
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Gregor Dreesen
Telefon	05693 918650
Fax	05693 9186529

E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	15
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen

B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
2	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
3	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
4	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	VI27 - Spezialsprechstunde

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	314
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	89
2	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	82
3	E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	71
4	E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	44
5	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	6

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
6	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	< 4
7	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	< 4
8	K62.1	Rektumpolyp	< 4
9	M79.62	Schmerzen in den Extremitäten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	< 4
10	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
11	R04.2	Hämoptoe	< 4
12	J20.0	Akute Bronchitis durch Mycoplasma pneumoniae	< 4
13	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
14	E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	< 4
15	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	< 4
16	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
17	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
18	I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
19	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
20	N17.09	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	< 4
21	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	< 4
22	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	< 4
23	E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
24	E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	< 4

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	174
2	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	117
3	N18	Chronische Nierenkrankheit	9
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
6	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
7	I13	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	< 4
8	I70	Atherosklerose	< 4
9	J20	Akute Bronchitis	< 4
10	O24	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	< 4
11	R04	Blutung aus den Atemwegen	< 4
12	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 4
13	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
14	D50	Eisenmangelanämie	< 4
15	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	< 4

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

#	ICD-N-Code	Name	Fallzahl
1	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	174
2	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	117

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	270
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	52
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	21
4	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	9
5	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	8
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	6
7	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	5
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	4
9	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	4
10	1-463.0	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen: Niere	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
13	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	< 4
14	1-797.0	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung: Ohne invasive Katheteruntersuchung	< 4
15	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	< 4
16	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
17	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
18	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	< 4
19	1-846.0	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Niere	< 4
20	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	< 4
21	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	< 4
22	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
23	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
24	9-401.26	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden	< 4
25	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
26	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	< 4
27	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	< 4
28	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	< 4

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-500	Patientenschulung	270
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	98
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	6
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	5

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-463	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	< 4
6	9-401	Psychosoziale Interventionen	< 4
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
9	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
10	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
11	5-881	Inzision der Mamma	< 4
12	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
13	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
14	1-797	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung	< 4
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
16	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	< 4
17	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
18	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	< 4
19	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
20	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
21	1-846	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen	< 4

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt

3

Fälle je VK/Person

104,666672

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ25 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
3	AQ29 - Innere Medizin und Nephrologie

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		3,44	Fälle je VK/Person	91,27907
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,44

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften**

Gesamt		0,3	Fälle je VK/Person	1046,66663
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes

B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Ralf Kubenke
Telefon	05693 98780
Fax	05693 987822
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	6
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
URL	http://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Leonhard Kalhoff
Telefon	05693 98780
Fax	05693 987822
E-Mail	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Strasse	Warburger Straße
Hausnummer	6
PLZ	34471
Ort	Volkmarsen
URL	http://elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
3	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
4	VG05 - Endoskopische Operationen
5	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
6	VG07 - Inkontinenzchirurgie
7	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
8	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
9	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
10	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 79

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	19
2	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	18
3	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	5
4	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	5
5	N87.2	Hochgradige Dysplasie der Cervix uteri, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
6	N84.0	Polyp des Corpus uteri	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
8	N95.0	Postmenopausenblutung	< 4
9	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	< 4
11	N94.6	Dysmenorrhoe, nicht näher bezeichnet	< 4
12	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	< 4
13	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	< 4
14	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
15	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	< 4
16	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	< 4
17	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	< 4
18	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	< 4
19	D05.9	Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	< 4
20	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4
21	N80.1	Endometriose des Ovars	< 4
22	O00.1	Tubargravidität	< 4
23	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]	< 4
24	N81.6	Rektozele	< 4
25	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	< 4
26	N87.1	Mittelgradige Dysplasie der Cervix uteri	< 4
27	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	19
2	D25	Leiomyom des Uterus	19
3	N81	Genitalprolaps bei der Frau	6
4	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	5
5	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	5

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	N87	Dysplasie der Cervix uteri	4
7	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	< 4
8	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	< 4
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	N80	Endometriose	< 4
11	N95	Klimakterische Störungen	< 4
12	D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
13	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	< 4
14	O00	Extrauterin gravidität	< 4
15	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	< 4
16	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	< 4
17	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	< 4
18	D50	Eisenmangelanämie	< 4
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
20	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	20
2	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	19
3	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	11
4	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	7
5	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	7
6	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	6
7	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	6
8	5-683.00	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	5

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
9	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	5
10	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	5
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
12	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	4
13	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
14	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
15	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	< 4
16	5-661.60	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	< 4
17	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	< 4
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
20	5-894.0a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Brustwand und Rücken	< 4
21	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
22	5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	< 4
23	5-469.10	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Offen chirurgisch	< 4
24	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	< 4
25	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
26	5-683.20	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)	< 4
27	5-683.23	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
28	5-661.52	Salpingektomie: Partiiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
29	5-661.50	Salpingektomie: Partiiell: Offen chirurgisch (abdominal)	< 4
30	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4

B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	29
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	25
3	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	11
4	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	11
5	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	7
6	5-653	Salpingoovariektomie	7
7	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	6
8	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	5
9	5-661	Salpingektomie	5
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
11	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	4
12	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
13	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
14	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	< 4
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4
16	5-881	Inzision der Mamma	< 4
17	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
19	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
20	5-659	Andere Operationen am Ovar	< 4
21	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
22	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	< 4
23	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	< 4
24	5-578	Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase	< 4
25	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
26	5-660	Salpingotomie	< 4
27	5-671	Konisation der Cervix uteri	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
29	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4

B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden ausschließlich durch die Belegärzte durchgeführt. Das St. Elisabeth Krankenhaus kann aufgrund seiner Belegarztstruktur keine ambulanten Operationen nach § 115 SGB V durchführen. Die Belegärzte führen jedoch ambulante Operationen in ihrem jeweiligen Fachgebiet teilweise in der Klinik und teilweise in ihren Praxen durch.

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF02 - Akupunktur

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,3	Fälle je VK/Person	60,76923
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,3	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär
			1,3

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,1	Fälle je VK/Person	790
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,15	Fälle je VK/Person	526,6666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,15

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Hals- Nasen Ohrenheilkunde
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Stefan Maas
Telefon	0561 1094955
Fax	0561 1094956
E-Mail	team@plastische-gesichtschirurgie-hessen.de
Strasse	Weinbergstraße
Hausnummer	7a
PLZ	34117
Ort	Kassel

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Titel, Vorname, Name	Asad Garayev
Telefon	0561 1094955
Fax	0561 1094956
E-Mail	team@plastische-gesichtschirurgie-hessen.de
Strasse	Weinbergstraße
Hausnummer	7a
PLZ	34117
Ort	Kassel

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

Ärzten und Ärztinnen dieser
Organisationseinheit/Fachabteilung an die
Empfehlung der DKG vom 17. September
2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
2	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
3	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
4	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
5	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
6	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	260
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	153
2	H71	Cholesteatom des Mittelohres	40
3	H66.3	Sonstige chronische eitrige Otitis media	22
4	H80.1	Otosklerose mit Beteiligung der Fenestra vestibuli, obliterierend	10
5	H66.9	Otitis media, nicht näher bezeichnet	8
6	H61.3	Erworbene Stenose des äußeren Gehörganges	4
7	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
8	M95.0	Erworbene Deformität der Nase	< 4
9	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
10	J34.0	Abszess, Furunkel und Karbunkel der Nase	< 4
11	J32.4	Chronische Pansinusitis	< 4
12	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	< 4
13	D21.0	Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	< 4
15	H66.2	Chronische epitympanale Otitis media	< 4
16	H80.9	Otosklerose, nicht näher bezeichnet	< 4
17	H65.9	Nichteitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet	< 4
18	Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen	< 4
19	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
20	Q30.0	Choanalatresie	< 4
21	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
22	S02.2	Nasenbeinfraktur	< 4

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	159
2	H71	Cholesteatom des Mittelohres	40
3	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	31
4	H80	Otosklerose	11
5	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4
6	M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	< 4
7	J32	Chronische Sinusitis	< 4
8	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	Q01	Enzephalozele	< 4
11	Q30	Angeborene Fehlbildungen der Nase	< 4
12	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	< 4
13	H65	Nichteitrige Otitis media	< 4
14	D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	< 4
15	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	< 4

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	121
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	69
3	8-925.01	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)	68
4	5-214.72	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	67
5	5-852.g0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Faszie zur Transplantation: Kopf und Hals	57
6	1-242	Audiometrie	40
7	5-195.a1	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)	37
8	5-214.71	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit distalen autogenen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)	32
9	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	27
10	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	27
11	5-349.4	Andere Operationen am Thorax: Entnahme von Rippenknorpel zur Transplantation	25
12	5-218.22	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	24
13	5-021.1	Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik, laterobasal	11
14	5-203.70	Mastoidektomie: Mit Freilegung des Fazialiskanals: Ohne Dekompression des Nerven	10
15	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	9
16	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	9
17	5-197.2	Stapesplastik: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)	8
18	5-185.2	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Rekonstruktion eines (bestehenden) äußeren Gehörganges	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	5-195.a2	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese	8
20	5-214.4	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen	6
21	5-204.3	Rekonstruktion des Mittelohres: Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleingang	5
22	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	5
23	5-203.71	Mastoidektomie: Mit Freilegung des Fazialiskanals: Mit Dekompression des Nerven	5
24	1-245	Rhinomanometrie	4
25	5-195.b0	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie: Ohne Implantation einer Prothese	< 4
26	5-195.a0	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Ohne Implantation einer Prothese	< 4
27	5-215.2	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchektomie	< 4
28	5-213.1	Resektion der Nase: Partiiell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	< 4
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
30	5-195.c0	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Anlage einer Ohradikalhöhle: Ohne Implantation einer Prothese	< 4

B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	150
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	141
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	69
4	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	68
5	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	57

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	57
7	1-242	Audiometrie	40
8	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	26
9	5-349	Andere Operationen am Thorax	25
10	5-203	Mastoidektomie	15
11	5-021	Rekonstruktion der Hirnhäute	11
12	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	9
13	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	9
14	5-197	Stapesplastik	9
15	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	5
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
17	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	5
18	1-245	Rhinomanometrie	4
19	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	< 4
20	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
21	5-213	Resektion der Nase	< 4
22	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
23	5-211	Inzision der Nase	< 4
24	5-771	Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens	< 4
25	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
26	5-016	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen	< 4
27	9-401	Psychosoziale Interventionen	< 4
28	5-925	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle	< 4
29	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4
30	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt 2 Fälle je VK/Person 130

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie nur Gesichtschirurgie

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF33 - Plastische Operationen fakultative Weiterbildung: Spezielle HNO Chirurgie

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,43 Fälle je VK/Person 604,6511

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,43

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 0,28 Fälle je VK/Person 928,5714

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	210
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	210

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	21
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	21

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	46
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	46

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	46
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	46

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	61
Dokumentationsrate	101,64
Anzahl Datensätze Standort	62

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	61
Dokumentationsrate	101,64
Anzahl Datensätze Standort	62

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID**52009**

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,56

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID**52326**

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID 521801

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0

4. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

Ergebnis-ID 521800

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0

5. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID**52010**

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID**51906**

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	< = 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **12874**

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	< = 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum
letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

10211

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID

172000_10211

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

10. 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

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID

60685

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **60686**

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **612**

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
------------------------	-------------

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
----------------------	-------------

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 74,46 % (5. Perzentil)
-----------------	----------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

14. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID **52283**

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
------------------	---

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	3,15
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
------------------------------	-------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
------------------------	-------------

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
----------------------	-------------

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 6,59 % (90. Perzentil)
-----------------	----------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

15. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID **54001**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,29 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	46

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54002

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 86,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID 54003

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	9,27

Vertrauensbereich bundesweit 9,06 - 9,49

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich < = 15,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54004

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 96,97

Vertrauensbereich bundesweit 96,89 - 97,04

Rechnerisches Ergebnis 100

Vertrauensbereich Krankenhaus 89,57 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 33

Beobachtete Ereignisse 33

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich > = 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 54015

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 2,25 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **54016**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **54017**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich < = 20,00 % (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54018

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich < = 11,63 % (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54019

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	2,27

Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	< = 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54120

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 2,02 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 191800_54120

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

26. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **191801_54120**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID **54012**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **54013**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID **191914**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,07

Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID **10271**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 7,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID **603**

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Rechnerisches Ergebnis	99,37

Vertrauensbereich Krankenhaus 96,52 - 99,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	158

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID 604

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,87 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	50

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID 52240

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der
------------------	--

	verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 - 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **11704**

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 11724

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 3,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

36. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID 605

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

37. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID 606

	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden
--	---

Leistungsbereich	Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,53
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

38. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID 51859

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,53
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	0

39. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID 51437

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Einheit	%
Bundesergebnis	97,95
Vertrauensbereich bundesweit	97,39 - 98,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID 51443

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,34
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 51873

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,12

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 2,81 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 51865

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

43. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Ergebnis-ID 51445

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	2,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

44. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID 51448

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

45. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID**51860**

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 - 5,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

46. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID**161800**

Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,50
Vertrauensbereich bundesweit	2,34 - 5,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	< = 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,25 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	63

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42

Vertrauensbereich bundesweit 97,22 - 97,61

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich > = 90,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54022

Leistungsbereich KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 92,44

Vertrauensbereich bundesweit 91,95 - 92,89

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich > = 86,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54123

Leistungsbereich KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 1,02

Vertrauensbereich bundesweit 0,98 - 1,07

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	< = 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 50481

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 11,32 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 54124

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
------------------------	-------------

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
----------------------	-------------

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
-----------------	---------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

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

Ergebnis-ID	54125
--------------------	--------------

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	4,18
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
------------------------------	-------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
-----------------	----------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

54. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
--------------------	--------------

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Bundesergebnis	1,13
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
------------------------------	-------------

Rechnerisches Ergebnis	3,08
------------------------	------

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,54 - 16,38
-------------------------------	--------------

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,79 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	67

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID **51846**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 - 98,30
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem

Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID **212000**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 - 95,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich > = 80,95 % (5. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID **212001**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 - 86,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich > = 54,43 % (5. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. 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**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 - 99,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. 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**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. 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**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
------------------	-----------------------------

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. 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

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Ergebnis-ID 51847

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,99
Vertrauensbereich bundesweit	96,79 - 97,18

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	> = 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	60659
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Einheit	%
Bundesergebnis	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 - 10,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	< = 20,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. 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**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,42 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	> = 97,82 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ([Baden-Württemberg, Hessen])	Ja

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

#	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1 <i>In Kooperation mit dem Belegarzt</i>
2	Diabetes mellitus Typ 2 <i>In Kooperation mit dem Belegarzt</i>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

0

Leistungsbereich	Neben gesetzlich geforderten QS- Maßnahmen z.B. Qualitätssicherung Hämotherapie der LÄK nimmt das Krankenhaus freiwillig an der Dokumentation zur QS Varizenoperationen teil.
Ergebnis	0

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

Der Mindestmengen-relevante Leistungsbereich Kniegelenk-Totalendoprothesen wurde erst zum 01.08.2021 geschaffen.

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	63
-----------------	----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	63
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	80

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen

0

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

0

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben

0

Das St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen ist ein reines Belegarzt Krankenhaus.

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - 4STAT1 - Tagschicht	100 % temporäre Stationsschließung; temporäre Stationsschließungen im 3. Quartal
2	Innere Medizin - 4STAT1 - Nachtschicht	100 % temporäre Stationsschließung; temporäre Stationsschließungen im 3. Quartal

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT2 - Tagschicht	Pandemie - § 21 a Abs. 5 KHG (01.11.2021 - 30.06.2022), § 21 Abs. 2 b KHG (15.11-2021-18.04.2022); Krankheitsbedingter Ausfall von Personal
		100 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT2 - Nachtschicht	Pandemie - § 21 a Abs. 5 KHG (01.11.2021 - 30.06.2022), § 21 Abs. 2 b KHG (15.11-2021-18.04.2022); Krankheitsbedingter Ausfall von Personal
		100 %
5	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT3 - Tagschicht	temporäre Stationsschließung; temporäre Stationsschließung / krankheitsbedingte Ausfälle; Die Station war im 3. Quartal geschlossen; Station geschlossen
		100 %
6	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT3 - Nachtschicht	temporäre Stationsschließung; Die Station war im 3. Quartal geschlossen; Station geschlossen

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
1	Innere Medizin - 4STAT1 - Tagschicht	temporäre Stationsschließung; temporäre Stationsschließungen im 3. Quartal
		100 %
2	Innere Medizin - 4STAT1 - Nachtschicht	temporäre Stationsschließung; temporäre Stationsschließungen im 3. Quartal
		86,58 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT2 - Tagschicht	Pandemie - § 21 a Abs. 5 KHG (01.11.2021 - 30.06.2022), § 21 Abs. 2 b KHG (15.11-2021-18.04.2022); Krankheitsbedingter Ausfall von Personal
		97,81 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT2 - Nachtschicht	Pandemie - § 21 a Abs. 5 KHG (01.11.2021 - 30.06.2022), § 21 Abs. 2 b KHG (15.11-2021-18.04.2022); Krankheitsbedingter Ausfall von Personal
		97,01 %
5	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT3 - Tagschicht	temporäre Stationsschließung; temporäre Stationsschließung / krankheitsbedingte Ausfälle; Die Station war im 3. Quartal geschlossen; Station geschlossen
		100 %
6	Gynäkologie und Geburtshilfe - 4STAT3 - Nachtschicht	temporäre Stationsschließung; Die Station war im 3. Quartal geschlossen; Station geschlossen

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 % .