

# **Strukturierter Qualitätsbericht**

**gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V**

**für das**

**Berichtsjahr 2021**

**DRK-Krankenhaus Grimmen GmbH**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 30. Dezember 2022 erstellt.

# Inhaltsverzeichnis

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| -        | <b>Einleitung</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>A</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....  | <b>7</b>  |
| A-1      | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....  | 7         |
| A-2      | Name und Art des Krankenhausträgers .....  | 8         |
| A-3      | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....   | 8         |
| A-4      | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....  | 9         |
| A-5      | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....  | 9         |
| A-6      | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....   | 10        |
| A-7      | Aspekte der Barrierefreiheit .....   | 11        |
| A-8      | Forschung und Lehre des Krankenhauses .....  | 12        |
| A-9      | Anzahl der Betten.....   | 12        |
| A-10     | Gesamtfallzahlen .....   | 12        |
| A-11     | Personal des Krankenhauses .....   | 12        |
| A-12     | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....  | 21        |
| A-13     | Besondere apparative Ausstattung .....   | 34        |
| A-14     | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....   | 34        |
| <b>B</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....   | <b>36</b> |
| B-1      | Innere Medizin.....  | 36        |
| B-2      | Allgemein u. Viszeralchirurgie .....   | 45        |
| B-3      | Unfallchirurgie u. Orthopädie .....  | 52        |
| <b>C</b> | <b>Qualitätssicherung</b> .....  | <b>60</b> |
| C-1      | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 60        |
| C-1.1    | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....   | 60        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| C-1.2    | Ergebnisse der Qualitätssicherung .....   | 63         |
| C-2      | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....   | 94         |
| C-3      | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)<br>nach § 137f SGB V .....          | 94         |
| C-4      | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden<br>Qualitätssicherung .....                    | 94         |
| C-5      | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1<br>Nummer 2 SGB V .....                   | 94         |
| C-6      | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1<br>Nummer 2 SGB V .....         | 96         |
| C-7      | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz<br>1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 96         |
| C-8      | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....  | 96         |
| <b>D</b> | <b>Qualitätsmanagement.....</b>   | <b>102</b> |
| D-1      | Qualitätspolitik.....   | 102        |
| D-2      | Qualitätsziele.....   | 103        |
| D-3      | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....   | 107        |
| D-4      | Instrumente des Qualitätsmanagements .....  | 107        |
| D-5      | Qualitätsmanagement-Projekte.....   | 115        |
| D-6      | Bewertung des Qualitätsmanagements .....  | 115        |

## - Einleitung



Das DRK-Krankenhaus in Bartmannshagen ist als ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung im Landkreis Vorpommern-Rügen eine unverzichtbare Einrichtung für die wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung. Träger unseres Krankenhauses ist der DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. mit Sitz in Schwerin. Weiterhin gehören zum Verbund in Mecklenburg/Vorpommern die DRK- Krankenhäuser in Teterow, Neustrelitz und Grevesmühlen.

Die modern ausgestattete Klinik am Rande der Stadt Grimmen verfügt über 106 Krankenhausbetten in den Fachabteilungen Innere Medizin, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie/ Orthopädie sowie Intensivmedizin/Anästhesie. Die Knie- und Hüftendoprothetik, Wirbelsäulenchirurgie sowie spezielle gastroenterologische Therapien sind seit Jahren fest etabliert. Ambulante Operationen gehören ebenfalls zu unserem Leistungsangebot, wie diverse Sprechstunden und das Durchgangsarztverfahren. Im Mittelpunkt unserer ausgezeichneten medizinischen und pflegerischen Versorgung stehen immer die Genesung und das Wohlbefinden unserer Patienten. Wir legen besonderen Wert auf eine angenehme familiäre Atmosphäre. Unser Krankenhaus verfügt über einen Park mit altem Baumbestand, der Patienten und Besucher zum Verweilen einlädt.

Wir verstehen den Qualitätsbericht nicht nur als gesetzliche Verpflichtung eines Krankenhauses nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGBV) ,§137 ,sondern auch als Gelegenheit, allen Interessierten - in erster Linie unseren Patienten und ihren Angehörigen sowie unseren einweisenden Ärzten – einen umfassenden Überblick zum Leistungsspektrum und zur Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses transparent und vergleichbar darzustellen.

Für weitere Informationen besuchen Sie unser Krankenhaus gern auch im Internet unter:  
[www.drk-kh-mv.de](http://www.drk-kh-mv.de).

Wir wollen mit diesem Bericht nicht nur unserer gesetzlichen Pflicht nachkommen, vielmehr möchten wir Transparenz schaffen und Ihnen einen umfassenden Einblick in unser Krankenhaus geben.

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>   | IT-Mitarbeiterin/Patientenmanagement/QS-Beauftragte                                      |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>                             | Simone Kästner   |
| <b>Telefon</b>  | 038326/52-106  |
| <b>Fax</b>  | 038326/52-121  |
| <b>E-Mail</b>   | <a href="mailto:s.kaestner@krankenhaus-grimmen.de">s.kaestner@krankenhaus-grimmen.de</a> |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts |  |
|--|--|
| <b>Funktion</b>  | Geschäftsführer  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>  | Jan Weyer  |
| <b>Telefon</b>   | 038326/52-101  |
| <b>Fax</b>   | 038326/52-121  |
| <b>E-Mail</b>  | <a href="mailto:info@krankenhaus-grimmen.de">info@krankenhaus-grimmen.de</a> |

#### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.krankenhaus-grimmen.de>

Link zu weiterführenden Informationen:



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

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus                             |   |
|---|---|
| Krankenhausname                         | DRK-Krankenhaus Grimmen GmbH  |
| Hausanschrift                           | Dorfstraße 39<br>18516 Süderholz / OT Bartmannshagen                                  |
| Zentrales Telefon                       | 038326/52-0   |
| Zentrale E-Mail                         | <a href="mailto:info@krankenhaus-grimmen.de">info@krankenhaus-grimmen.de</a>          |
| Postanschrift                           | Dorfstraße 39<br>18516 Süderholz / OT Bartmannshagen                                  |
| Institutionskennzeichen                 | 261300243   |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 772445000   |
| Standortnummer (alt)                    | 00  |
| URL                                     | <a href="https://www.krankenhaus-grimmen.de/">https://www.krankenhaus-grimmen.de/</a> |

### Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin |  |
|--------------------------------------|--|
| Funktion                             | Ärztlicher Direktor/ Chefarzt Anästhesie   |
| Titel, Vorname, Name                 | Dipl.med. Lutz Ruppert   |
| Telefon                              | 038326/52-401  |
| E-Mail                               | <a href="mailto:L.Ruppert@krankenhaus-grimmen.de">L.Ruppert@krankenhaus-grimmen.de</a> |

### Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin |  |
|---|--|
| Funktion                                | Pflegedienstleitung / QMB  |
| Titel, Vorname, Name                    | Astrid Schwalme  |
| Telefon                                 | 038326/52-411  |
| E-Mail                                  | <a href="mailto:a.schwalme@krankenhaus-grimmen.de">a.schwalme@krankenhaus-grimmen.de</a> |

### Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin |  |
|---------------------------------------|--|
| Funktion                              | Geschäftsführer  |
| Titel, Vorname, Name                  | Jan Weyer  |
| Telefon                               | 038326/52-0  |
| E-Mail                                | <a href="mailto:info@krankenhaus-grimmen.de">info@krankenhaus-grimmen.de</a> |

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin |  |
|---------------------------------------|--|
| Funktion                              | Kaufmännische Direktorin   |
| Titel, Vorname, Name                  | Carolin Bohm   |
| Telefon                               | 038326/52-480  |
| E-Mail                                | <a href="mailto:info@krankenhaus-grimmen.de">info@krankenhaus-grimmen.de</a> |

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger |   |
|-------------------|---|
| Name              | DRK Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. |
| Art               | Freigemeinnützig                              |

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart |                              |
|----------------|------------------------------|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität    | Universitätsmedizin Rostock  |



## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie                        |      |
|------------------------------------|------|
| Psychiatrisches Krankenhaus        | Nein |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Nein |

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                           | Kommentar                               |
|------|--|---|
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie  |   |
| MP06 | Basale Stimulation   |   |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie                                      | Med. Trainingstherapie an den Geräten   |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)                     |   |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung   |   |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege                   |   |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege          |   |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage   |   |
| MP25 | Massage  |   |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie                              |   |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie                                 | Sauerstoffbad, 4 Zellenbad, 2 Zellenbad |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie |   |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse                        | Med. Trainingstherapie                  |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)                     |   |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik                  | Einzeltherapie                          |
| MP63 | Sozialdienst   |   |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen  | Fangopackung, Heiße Rolle, Ultraschall  |
| MP51 | Wundmanagement   |   |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare                             |   |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden               |   |
| MP37 | Schmerztherapie/-management  |   |

|      |   |  |
|------|---|--|
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen          |  |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |  |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen  |  |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie  |  |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik   |  |

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

| Nr.  | Leistungsangebot   | Link | Kommentar  |
|------|--|------|--|
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  |      | Für die Unterbringung einer Begleitperson berechnen wir Kosten in Höhe von 45,00 Euro pro Tag.   |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter      |      |  |
| NM42 | Seelsorge  |      |  |
| NM68 | Abschiedsraum  |      |  |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |      |  |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |      |  |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfang von Fernseh- und Radioprogrammen ist kostenlos</li> <li>- gebührenpflichtiges Festnetztelefon für jeden Patienten</li> <li>- kostenlosen WLAN-Internetzugang</li> </ul> |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)   |      |  |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>                                     | Stationsleitung  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>                         | Mirian Sauer   |
| <b>Telefon</b>                                      | 038326/52-408  |
| <b>E-Mail</b>                                       | <a href="mailto:m.sauer@krankenhaus-grimmen.de">m.sauer@krankenhaus-grimmen.de</a> |

---

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit  |
|------|--|
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen  |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen  |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)  |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher   |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung   |
| BF24 | Diätische Angebote   |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung   |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung   |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen  |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung                                    |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen                  |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                   |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten |
|------|--|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten                   |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen  |
|------|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger      |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer                              |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner                                      |

## A-9 Anzahl der Betten

| Betten |     |
|--------|-----|
| Betten | 106 |

## A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle       |      |
|--|------|
| Vollstationäre Fallzahl                                | 5020 |
| Teilstationäre Fallzahl                                | 0    |
| Ambulante Fallzahl                                     | 6323 |
| Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung | 0    |

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 33,03

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 33,03             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 31,88             |           |
| Nicht Direkt             | 1,15              |           |

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 21,19

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 21,19             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 20,04             |           |
| Nicht Direkt             | 1,15              |           |

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

Anzahl Vollkräfte: 7,72

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 7,72              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 7,44              |           |
| Nicht Direkt             | 0,28              |           |

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

Anzahl Vollkräfte: 5,87

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 5,87              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 5,59              |           |
| Nicht Direkt             | 0,28              |           |

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

Anzahl: 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 72,26

### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 72,26             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 72,26             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 7,24

### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 7,24              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 7,24              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 17,06

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 17,06             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 17,06             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0,77

**Personal aufgeteilt nach:**



| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,77              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,77              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

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

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

### **A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu.

### **A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

#### **SP04 - Diätassistentin und Diätassistent**

Anzahl Vollkräfte: 0,88

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,88              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

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

**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl Vollkräfte: 0,05

**Personal aufgeteilt nach:**

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,05              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 6,53

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 6,53              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6,53              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

### **SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 3,85

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,85              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,85              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

## **SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation**

Anzahl Vollkräfte: 0

### **Personal aufgeteilt nach:**

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

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

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

| <b>Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</b> |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>   | Pflegedienstleitung  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>   | Astrid Schwalme  |
| <b>Telefon</b>  | 038326/52-411  |
| <b>Fax</b>  | 038326/52-121  |
| <b>E-Mail</b>   | <a href="mailto:a.schwalme@krankenhaus-grimmen.de">a.schwalme@krankenhaus-grimmen.de</a> |

---

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

| <b>Lenkungsgremium</b>                            |                  |
|---|------------------|
| <b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b> | interdisziplinär |
| <b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>               | andere Frequenz  |

---

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement |  |
|---|--|
| Funktion  | Hygienefachkraft CIRS-Beauftragte  |
| Titel, Vorname, Name                                      | Madeleine Hahn   |
| Telefon   | 038326/52-405  |
| Fax   | 038326/52-121  |
| E-Mail  | <a href="mailto:m.hahn@krankenhaus-grimmen.de">m.hahn@krankenhaus-grimmen.de</a> |

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe     |   |
|---|---|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe     | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | alle Fachabteilungen                    |
| Tagungsfrequenz des Gremiums            | andere Frequenz                         |

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben   |
|------|--|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020  |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen   |   |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen   |   |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement   | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM05 | Schmerzmanagement  | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |

|      |   |  |
|------|---|--|
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen   | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten   | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen  |  |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten   |  |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust                      | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde   | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen  | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung   | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |
| RM18 | Entlassungsmanagement   | Teil der QM/RM-Dokumentation<br>(gemäß RM01)<br>Name: Handbuch QM<br>Datum: 01.02.2020 |

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem       |   |
|----------------------------------|---|
| Internes Fehlermeldesystem       | Ja  |
| Regelmäßige Bewertung            | Ja  |
| Tagungsfrequenz des Gremiums     | wöchentlich                                       |
| Verbesserung Patientensicherheit | Patientenidentifikationsarmbänder, OP-Checklisten |

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  | 31.01.2020    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen   | quartalsweise |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | "bei Bedarf"  |

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem |               |
|----------------------------------|---------------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja            |
| Regelmäßige Bewertung            | Ja            |
| Tagungsfrequenz des Gremiums     | quartalsweise |



| Nr.  | Instrument und Maßnahme |
|------|-------------------------|
| EF00 | Sonstiges               |

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal   | Anzahl (Personen) |
|---|-------------------|
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte   | 2                 |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger<br>für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1                 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege  | 12                |

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

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission |  |
|---|--|
| Funktion  | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name                                | Dipl.-Med. Lutz Ruppert  |
| Telefon   | 038326/52-401  |
| E-Mail  | <a href="mailto:L.Ruppert@krankenhaus-grimmen.de">L.Ruppert@krankenhaus-grimmen.de</a> |

#### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

##### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

| <b>1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage</b> |    |
|--|----|
| <b>Der Standard liegt vor</b>                                      | Ja |
| <b>Der Standard thematisiert insbesondere</b>                      |    |
| <b>a) Hygienische Händedesinfektion</b>                            | Ja |
| <b>b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle</b>     | Ja |
| <b>c) Beachtung der Einwirkzeit</b>                                | Ja |
| <b>d) Weitere Hygienemaßnahmen</b>                                 |    |
| - sterile Handschuhe   | Ja |
| - steriler Kittel  | Ja |
| - Kopfhaube  | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz  | Ja |
| - steriles Abdecktuch  | Ja |
| <b>Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert</b>    | Ja |

| <b>2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern</b> |    |
|--|----|
| <b>Der Standard liegt vor</b>  | Ja |
| <b>Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert</b>  | Ja |

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

| <b>Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie</b>                  |    |
|---|----|
| <b>Die Leitlinie liegt vor</b>  | Ja |
| <b>Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst</b>                   | Ja |
| <b>Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert</b> | Ja |

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

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektionsmittelverbrauch                           |                        |
|---|------------------------|
| <b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen</b> |                        |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben           | Ja                     |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch                         | 27,00 ml/Patiententag  |
| <b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen</b>  |                        |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben           | Ja                     |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch                         | 106,00 ml/Patiententag |
| <b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>            | Ja                     |

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

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

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

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

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben         | Kommentar                                |
|------|--|-----------------------|--|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS<br>DAS-KISS | HAND-KISS nur auf ITS                    |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten  |                       |  |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen   |                       | z.B.: - Händehygiene<br>- Umgang mit PSA |

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

| Regelmäßige Einweiserbefragungen |    |
|----------------------------------|----|
| Durchgeführt                     | Ja |
| Link                             |    |
| Kommentar                        |    |

| Regelmäßige Patientenbefragungen |    |
|----------------------------------|----|
| Durchgeführt                     | Ja |
| Link                             |    |
| Kommentar                        |    |

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

#### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement |  |
|---|--|
| Funktion                                    | Assistentin der Geschäftsführung   |
| Titel, Vorname, Name                        | Elvira Lange   |
| Telefon                                     | 038326/52-460  |
| Fax   | 038326/52-121  |
| E-Mail                                      | <a href="mailto:e.lange@krankenhaus-grimmen.de">e.lange@krankenhaus-grimmen.de</a> |

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

#### Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher |  |
|--|--|
| Funktion   | Stationsleitung  |
| Titel, Vorname, Name                             | Mirian Sauer   |
| Telefon  | 038326/52-408  |
| Fax  | 038326/52-258  |
| E-Mail   | <a href="mailto:m.sauer@krankenhaus-grimmen.de">m.sauer@krankenhaus-grimmen.de</a> |

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

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

| Angaben zur Person |  |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit |

| Verantwortliche Person AMTS |  |
|-----------------------------|--|
| Funktion                    | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name        | Dipl. - med. Lutz Ruppert  |
| Telefon                     | 038326/52-401  |
| Fax                         | 038326/52-129  |
| E-Mail                      | <a href="mailto:l.ruppert@krankenhaus-grimmen.de">l.ruppert@krankenhaus-grimmen.de</a> |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären

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

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

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



| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben | Erläuterungen  |
|------|--|---------------|--|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |               | Weiterbildungen zu verschiedenen Arzneimittelgruppen |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder                                   |               |  |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |               |  |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)   |               |  |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln  |  |  |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul> |  |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |  |  |

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte                             | Umgangssprachliche Bezeichnung                              | 24h verfügbar |
|------|---|---|---------------|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA                         | Gerät zur Gefäßdarstellung                                  | Nein          |
| AA08 | Computertomograph (CT)                        | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja            |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren               | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)        | Ja            |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung |   | Ja            |

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

#### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

**Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt**

**Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe**

---

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

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

---

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Innere Medizin

#### B-1.1 Allgemeine Angaben Innere Medizin

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilung   | Innere Medizin |
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 0100           |
| Art   | Hauptabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |   |
|--------------------------|---|
| Funktion                 | Chefarzt  |
| Titel, Vorname, Name     | Dr. med. Rüdiger Kuhle  |
| Telefon                  | 038326/52-154   |
| Fax                      | 038326/52-223   |
| E-Mail                   | <a href="mailto:r.kuhle@krankenhaus-grimmen.de">r.kuhle@krankenhaus-grimmen.de</a>  |
| Straße/Nr                | Dorfstraße 39   |
| PLZ/Ort                  | 18516 Süderholz OT Bartmannshagen   |
| Homepage                 | <a href="https://www.krankenhaus-grimmen.de/de/medizin_und_pflege/innere_medizin">https://www.krankenhaus-grimmen.de/de/medizin_und_pflege/innere_medizin</a> |

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

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

#### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin  |
|------|--|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |

|      |  |
|------|--|
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten                       |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten  |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)  |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen   |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen   |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                               |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)                          |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs  |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums  |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                               |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge  |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura   |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen   |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten  |
| VI20 | Intensivmedizin  |
| VI21 | Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation  |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen  |
| VI27 | Spezialsprechstunde  |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |
| VI35 | Endoskopie   |
| VI40 | Schmerztherapie  |
| VI42 | Transfusionsmedizin  |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen  |
| VI39 | Physikalische Therapie   |

## B-1.5 Fallzahlen Innere Medizin

| Fallzahlen              |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 3016 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung       |
|------|--------|----------|--------------------------------------|
| 1    | I70    | 254      | Atherosklerose                       |
| 2    | I50    | 195      | Herzinsuffizienz                     |
| 3    | I10    | 128      | Essentielle (primäre) Hypertonie     |
| 4    | R10    | 121      | Bauch- und Beckenschmerzen           |
| 5    | K57    | 87       | Divertikelkrankheit des Darmes       |
| 6    | N39    | 80       | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| 7    | E86    | 76       | Volumenmangel                        |
| 8    | I48    | 70       | Vorhofflimmern und Vorhofflattern    |
| 9    | R55    | 67       | Synkope und Kollaps                  |
| 10   | D50    | 65       | Eisenmangelanämie                    |

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung  |
|------|---------|--------|---|
| 1    | 9-984   | 1341   | Pflegebedürftigkeit   |
| 2    | 1-632   | 624    | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie   |
| 3    | 1-440   | 465    | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas  |
| 4    | 1-650   | 434    | Diagnostische Koloskopie  |
| 5    | 3-225   | 411    | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   |
| 6    | 3-990   | 366    | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung  |
| 7    | 8-930   | 302    | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 8    | 1-444   | 253    | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt  |
| 9    | 3-222   | 231    | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel   |
| 10   | 8-854   | 225    | Hämodialyse   |

## B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Notfallambulanz            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Ambulanzart</b>         | Notfallambulanz (24h) (AM08)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)   |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)                                    |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)                 |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)                            |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)                 |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)                                      |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)            |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)                                       |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)                            |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)                                       |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)                |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)   |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)   |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)                                |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)                                 |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Intensivmedizin (VI20)   |

| <b>Chefarztambulanz</b>    |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | Privatambulanz (AM07)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)                           |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Endoskopie (VI35)  |

| <b>Endoskopieambulanz</b>  |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Endoskopie (VI35)  |

| <b>Prä- / Post-Ambulanz</b> |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Ambulanzart</b>          | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| <b>Angebotene Leistung</b>  | Spezialsprechstunde (VI27)                                  |

### **B-1.9      Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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

| <b>Zulassung vorhanden</b>  |      |
|---|------|
| <b>Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b> | Nein |
| <b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>                          | Nein |

### **B-1.11     Personelle Ausstattung**

#### **B-1.11.1    Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### **Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte:      11,37



**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 11,37             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 11,37             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 265,25945

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 6,7

**Personal aufgeteilt nach:**

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6,7               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 450,14925

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF28 | Notfallmedizin       |

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 33,33

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 33,33             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 90,48905

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3016

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 8,38

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 8,38              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 8,38              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 359,90453

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3016

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

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                   |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                            |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                 |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP07 | Geriatric           |
| ZP16 | Wundmanagement      |
| ZP20 | Palliative Care     |

**B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

**B-2 Allgemein u. Viszeralchirurgie**

**B-2.1 Allgemeine Angaben Allgemein u. Viszeralchirurgie**

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                                |
|---|--------------------------------|
| Fachabteilung   | Allgemein u. Viszeralchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 1500                           |
| Art   | Hauptabteilung                 |

**Ärztliche Leitung**

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Chefarzt   |
| Titel, Vorname, Name     | Dr. med. Dirk Weisner  |
| Telefon                  | 038326/52-400  |
| E-Mail                   | <a href="mailto:d.weisner@krankenhaus.grimmen.de">d.weisner@krankenhaus.grimmen.de</a> |
| Straße/Nr                | Dorfstraße 39  |
| PLZ/Ort                  | 18516 Süderholz / OT Bartmannshagen  |
| Homepage                 | <a href="https://www.krankenhaus-grimmen.de/">https://www.krankenhaus-grimmen.de/</a>  |

**B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

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

### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein u. Viszeralchirurgie

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote Allgemein u. Viszeralchirurgie          | Kommentar                         |
|------|--|-----------------------------------|
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen                            |                                   |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen                              |                                   |
| VC58 | Spezialsprechstunde  |                                   |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin   |                                   |
| VC71 | Notfallmedizin   |                                   |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen  |                                   |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen              |                                   |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |                                   |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie   |                                   |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie                                     |                                   |
| VC24 | Tumorchirurgie   |                                   |
| VC62 | Portimplantation   |                                   |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen                                       |                                   |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren                                     |                                   |
| VC61 | Dialyseshuntchirurgie  |                                   |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren                                |                                   |
| VD20 | Wundheilungsstörungen  |                                   |
| VU00 | Sonstige im Bereich Urologie   | - Zirkumzision<br>- Hydrozelen-OP |

### B-2.5 Fallzahlen Allgemein u. Viszeralchirurgie

| Fallzahlen              |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 768 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

### B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--------------------------------|
| 1    | I70    | 137      | Atherosklerose                 |
| 2    | K80    | 105      | Cholelithiasis                 |
| 3    | K40    | 69       | Hernia inguinalis              |

|    |     |    |   |
|----|-----|----|---|
| 4  | K64 | 57 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose         |
| 5  | K35 | 28 | Akute Appendizitis                              |
| 6  | C18 | 26 | Bösartige Neubildung des Kolons                 |
| 7  | K42 | 25 | Hernia umbilicalis                              |
| 8  | K61 | 23 | Abszess in der Anal- und Rektalregion           |
| 9  | K43 | 21 | Hernia ventralis                                |
| 10 | K60 | 21 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion |

### B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

### B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung                                       |
|------|---------|--------|--|
| 1    | 8-836   | 361    | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention                           |
| 2    | 8-83b   | 329    | Zusatzinformationen zu Materialien                                   |
| 3    | 3-608   | 247    | Superselektive Arteriographie  |
| 4    | 3-607   | 244    | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten                   |
| 5    | 9-984   | 139    | Pflegebedürftigkeit  |
| 6    | 3-605   | 117    | Arteriographie der Gefäße des Beckens                                |
| 7    | 3-604   | 116    | Arteriographie der Gefäße des Abdomens                               |
| 8    | 5-511   | 116    | Cholezystektomie   |
| 9    | 5-932   | 112    | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 10   | 5-493   | 88     | Operative Behandlung von Hämorrhoiden                                |

### B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Proktologie                |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Spezialsprechstunde (VC58)   |

| Notfallambulanz            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | Notfallambulanz (24h) (AM08)                                     |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Notfallmedizin (VC71)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)                             |

| Chefarztambulanz    |   |
|---------------------|---|
| Ambulanzart         | Privatambulanz (AM07)   |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19) |
| Angebotene Leistung | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)              |
| Angebotene Leistung | Spezialsprechstunde (VC58)  |

### B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-2.11 Personelle Ausstattung

#### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,9

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 5,9               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 5,9               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |



Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 130,16949

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3

### Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 256

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung        |
|------|-----------------------------|
| ZF28 | Notfallmedizin              |
| ZF34 | Proktologie                 |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie |

## B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 13,71

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 13,71             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 13,71             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 56,01751

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 768

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,9

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,9               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,9               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 264,82759

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

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP16 | Wundmanagement      |

### B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## B-3 Unfallchirurgie u. Orthopädie

### B-3.1 Allgemeine Angaben Unfallchirurgie u. Orthopädie

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                               |
|---|-------------------------------|
| Fachabteilung   | Unfallchirurgie u. Orthopädie |
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 2316                          |
| Art   | Hauptabteilung                |

### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |   |
|--------------------------|---|
| Funktion                 | Chefarzt  |
| Titel, Vorname, Name     | Dr. med. Henry Scheerat   |
| Telefon                  | 038326/52-0   |
| Fax                      | 038326/52-121   |
| E-Mail                   | <a href="mailto:h.scheerat@krankenhaus-grimmen.de">h.scheerat@krankenhaus-grimmen.de</a>  |
| Straße/Nr                | Dorfstraße 39   |
| PLZ/Ort                  | 18516 Süderholz OT Bartmannshagen   |
| Homepage                 | <a href="https://www.krankenhaus-grimmen.de/de/medizin_und_pflege/unfallchirurgie_orthopaedie">https://www.krankenhaus-grimmen.de/de/medizin_und_pflege/unfallchirurgie_orthopaedie</a> |

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie u. Orthopädie

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie u. Orthopädie  |
|------|---|
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen   |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken  |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik   |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen   |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes                               |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes                           |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand                                |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels                              |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels                             |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes                              |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen  |
| VC63 | Amputationschirurgie  |
| VO15 | Fußchirurgie  |
| VO16 | Handchirurgie   |
| VO19 | Schulterchirurgie   |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie   |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien   |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens                     |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln   |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien   |
| VO13 | Spezialsprechstunde   |
| VO14 | Endoprothetik   |
| VC66 | Arthroskopische Operationen   |
| VO21 | Traumatologie   |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

### B-3.5 Fallzahlen Unfallchirurgie u. Orthopädie

| Fallzahlen              |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1236 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung   |
|------|--------|----------|--|
| 1    | M17    | 187      | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]  |
| 2    | M54    | 152      | Rückenschmerzen  |
| 3    | M16    | 131      | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]  |
| 4    | S72    | 57       | Fraktur des Femurs   |
| 5    | M20    | 48       | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen  |
| 6    | S42    | 44       | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes                                  |
| 7    | S52    | 44       | Fraktur des Unterarmes   |
| 8    | S82    | 43       | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes               |
| 9    | Z03    | 41       | Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen |
| 10   | M48    | 34       | Sonstige Spondylopathien   |

#### B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

### B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung  |
|------|---------|--------|---|
| 1    | 9-984   | 347    | Pflegebedürftigkeit   |
| 2    | 8-930   | 293    | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3    | 5-822   | 196    | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk   |
| 4    | 8-561   | 195    | Funktionsorientierte physikalische Therapie   |
| 5    | 5-788   | 189    | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes  |
| 6    | 5-786   | 163    | Osteosyntheseverfahren  |
| 7    | 8-914   | 160    | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie                     |
| 8    | 5-820   | 151    | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk   |
| 9    | 3-200   | 117    | Native Computertomographie des Schädels   |
| 10   | 5-032   | 105    | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis   |

### B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| D-Arzt Ambulanz            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)                                |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)                        |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)   |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)    |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)   |

| Notfallambulanz            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | Notfallambulanz (24h) (AM08)   |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)                          |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)    |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)     |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Notfallmedizin (VC71)  |

| Chefarztambulanz           |  |
|----------------------------|--|
| <b>Ambulanzart</b>         | Privatambulanz (AM07)                                  |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31) |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Spezialsprechstunde (VO13)                             |
| <b>Angebotene Leistung</b> | Spezialsprechstunde (VC58)                             |

| Prä- / Post-Ambulanz |   |
|----------------------|---|
| Ambulanzart          | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Angebotene Leistung  | Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)                      |
| Angebotene Leistung  | Spezialsprechstunde (VO13)                                  |

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden  |    |
|--|----|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Ja |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden                          | Ja |

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,04

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 8,04              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 7,17              |           |
| Nicht Direkt             | 0,87              |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 153,73134



## Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,62

### Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4,75              |           |
| Nicht Direkt             | 0,87              |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 219,92883

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie                                      |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung              |
|------|-----------------------------------|
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie    |
| ZF28 | Notfallmedizin                    |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie         |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie         |

## B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 17,98

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 17,98             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 17,98             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 68,74305

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 5,01

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 5,01              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 5,01              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 246,70659

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP16 | Wundmanagement      |

### **B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

---

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar  |
|---|----------|--------------------|--|
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierentransplantation (PNTX) <sup>1</sup>                             | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)                   | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)     | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)                      | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation (HTXM_TX)   | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX)  | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS)   | 0        |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

<sup>1</sup>In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

|  |    |       |  |
|--|----|-------|--|
| Lungen- und Herz-<br>Lungentransplantation (LUTX)                  | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende (NLS)   | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) <sup>2</sup> | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)                             | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH)                                   | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)                             | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)             | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)            | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2)                                   | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)                                | 80 | 100,0 |  |
| Mammachirurgie (18/1)  | 0  |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

---

<sup>2</sup>In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

|   |     |       |  |
|---|-----|-------|--|
| Gynäkologische Operationen (15/1)   | 0   |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Dekubitusprophylaxe (DEK)   | 82  | 100,0 |  |
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1)                                       | 21  | 100,0 |  |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)                                    | 15  | 100,0 |  |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)              | 4   | 100,0 |  |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)                          | < 4 | < 4   |  |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)                       | 0   |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6) | 0   |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Geburtshilfe (16/1)   | 0   |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie (NEO)  | 0   |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP)   | 149 | 100,0 |  |
| Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)                  | 0   |       | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation ) (HEP_IMP)                | 149 | 100,0 |  |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)        | 20  | 100,0 |  |

|  |     |       |  |
|--|-----|-------|--|
| Knieendoprothesenversorgung (KEP)                          | 186 | 100,0 |  |
| Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 4   | 100,0 |  |
| Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 182 | 100,0 |  |

## **C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

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

| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>   |
|--|---|
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen                       |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 2005  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 82  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 81  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 98,78%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 95,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 99,09 - 99,16%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 93,00 - 99,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|--|---|
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 2009  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 28  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 28  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 90,82 - 91,14%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 87,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

| Leistungsbereich (LB)  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|--|---|
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Frühmobilisation nach Aufnahme</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 2013  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 25  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 24  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 96,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 92,29 - 92,59%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 80,00 - 99,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich         |



|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 2028  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 48  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 47  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 97,92%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 95,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 96,47 - 96,63%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 89,00 - 99,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen   |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 50722   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 81  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 80  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 98,77%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 95,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 96,66 - 96,78%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 93,00 - 99,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 50778   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,46  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,01 (95, Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,00 - 1,03   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 2,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Dekubitusprophylaxe</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 52009   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 4991  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | 19  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       | 18,33   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | 1,04  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | <= 2,28 (95, Perzentil)   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,04 - 1,06   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 1,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Dekubitusprophylaxe</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 52010   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | Sentinel Event  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,00 - 0,00%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 0,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 52307   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 47  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 47  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 95,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 98,54 - 98,72%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 92,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 111801   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 16   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,30 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,12 - 0,25%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 19,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 51191  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 21   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  | 0,25   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 3,98 (95, Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,90 - 1,02  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 13,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 52139   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 37  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 33  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 89,19%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 60,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 88,20 - 88,62%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 75,00 - 95,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten. |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 52305  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 75   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 73   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 97,33%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 95,30 - 95,46%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 90,00 - 99,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 52311  |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | entfällt   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | entfällt   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | <= 3,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>                             | 1,34 - 1,51%   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 22,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)   |
| <b>Kommentar beauftragte Stelle</b>  | Der Leistungserbringer wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen und um Analyse der rechnerischen Auffälligkeit gebeten. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt                |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54140   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 21  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 21  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 99,49 - 99,59%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 84,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Dosis-Flächen-Produkt</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 101800   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 21   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | 5  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       | 2,00   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | 2,50   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | <= 3,36 (95. Perzentil)  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,85 - 0,90   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 1,00 - 4,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 101801   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 21   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,60 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,89 - 1,04%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 15,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Leitlinienkonforme Indikation</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 101803   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 21   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | 20   |



|  |   |
|--|---|
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 95,24%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 96,26 - 96,54%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 77,00 - 99,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 51404  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  | 0,01   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 5,04 (95, Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,03 - 1,36  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 337,00  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 52315   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 4   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 3,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,70 - 1,17%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 48,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 121800   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 3,10 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,60 - 0,95%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 48,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54001  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 131  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 131  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 97,57 - 97,72%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 97,00 - 100,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich              |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54002  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 0  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 86,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 91,65 - 92,45%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 0,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich                  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>                            |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Präoperative Verweildauer</b>                              |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation                    |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54003   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | $\leq 15,00\%$  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 8,60 - 9,05%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 6,00 - 41,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Sturzprophylaxe</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden               |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54004   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 110   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 109   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 99,09%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | $\geq 90,00\%$  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 97,01 - 97,17%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 95,00 - 99,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54012   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 146   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  | 2,78  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,56 (95, Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,04 - 1,09   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 1,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54013  |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 110  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | 0,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | Sentinel Event   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,04 - 0,06%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 3,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54015   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,76  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,25 (95. Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,01 - 1,05   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 3,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54016   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 6,67 % (95, Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,39 - 1,50%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 4,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54017  |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 0  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | 0,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | <= 19,43 % (95, Perzentil)   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 7,08 - 7,90%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 0,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54018   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 17  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 11,11 % (95, Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 4,53 - 4,86%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 18,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54019   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 131   |



|  |   |
|--|---|
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 7,59 % (95, Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 2,24 - 2,38%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 2,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54120  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 0  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 1,98 (95, Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,95 - 1,03  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 0,00  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54029   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 20  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 5,88 % (95. Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,75 - 1,96%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 16,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b> |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Präoperative Verweildauer</b>                                     |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation                           |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54030  |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | entfällt   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | entfällt   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | <= 15,00 %   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 8,88 - 9,35%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 23,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54033   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,64  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,36 (95. Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,07 - 1,11   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 1,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54042   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,64  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,46 (95. Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,06 - 1,11   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 3,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>                                |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Sturzprophylaxe</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54050   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 18  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | 18  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | >= 90,00 %  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 97,40 - 97,67%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 82,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen                |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 50005   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 97,49 - 97,90%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 20,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Leitlinienkonforme Indikation</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 50055  |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | entfällt   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | entfällt   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | >= 90,00 %   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 91,58 - 92,34%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 20,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 51186  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 6,01 (95. Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,81 - 1,16  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 641,00  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 52131  |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | entfällt   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | entfällt   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | >= 60,00 %   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 91,22 - 91,86%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 20,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 52316   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 96,11 - 96,40%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 34,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich                               |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 52325   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | -   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 3,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,66 - 0,91%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 79,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Dosis-Flächen-Produkt</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 131801  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,53 (95. Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,79 - 0,87   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 10,00  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Implantierbare Defibrillatoren - Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 131802  |



|  |   |
|--|---|
| <b>Grundgesamtheit</b>   | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 2,50 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,74 - 1,00%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 79,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 50481   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 11,45 % (95. Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 2,90 - 3,54%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 48,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54020  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 155  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 155  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 97,89 - 98,05%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 97,00 - 100,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich              |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Indikation zur unikondylären Schlittenprothese</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54021   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 28  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 28  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 90,00 %  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 97,31 - 97,72%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 87,00 - 100,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich                       |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54022  |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 4  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 100,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | >= 86,00 %   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 91,75 - 92,72%   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 51,00 - 100,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich                        |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54028   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 186   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  | 0,68  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 5,66 (95. Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,15 - 1,31   |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 5,00   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>   |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54123   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 183   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 4,55 % (95, Perzentil)   |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 1,02 - 1,12%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 2,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54124   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | entfällt  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                                     | entfällt  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                                       |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>   | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>                               | <= 4,20 % (95, Perzentil)   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,95 - 1,05%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 3,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>   | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                   | <b>Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>            | 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) |
| <b>Ergebnis-ID</b>   | 54125   |
| <b>Grundgesamtheit</b>   | 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | <= 14,29 % (95, Perzentil)  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 3,84 - 4,56%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 48,00%   |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                                      | <b>Knieendoprothesenversorgung</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                        | <b>Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>  |
| <b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | 54127   |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | 179   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>  | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>  |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>  | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>  | Sentinel Event  |
| <b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>  | 0,03 - 0,05%  |
| <b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>                                       | 0,00 - 2,00%  |
| <b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

|                               | Mindestmenge | Erbrachte Menge |
|-------------------------------|--------------|-----------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50           | 155             |

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| Kniegelenk-Totalendoprothesen                                       |    |
|---|----|
| Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt | Ja |

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

| Kniegelenk-Totalendoprothesen  |     |
|--|-----|
| Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:   | Ja  |
| Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2021:  | 155 |
| Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: | 173 |

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

| Kniegelenk-Totalendoprothesen   |      |
|---|------|
| Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt | Nein |

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

| Kniegelenk-Totalendoprothesen   |      |
|---|------|
| Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden. | Nein |















## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

#### Der Begriff „Qualitätspolitik“

Die Qualitätspolitik beschreibt die übergeordnete Ausrichtung und die Absichten der DRK – Krankenhaus Grimmen GmbH zur Qualität und ist längerfristig gültig.

Sie wurde so festgelegt und formuliert, dass sie

- a) dem Zweck und Auftrag unserer Klinik angemessen ist,
- b) eine Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen und zur kontinuierlichen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems enthält,
- c) einen Rahmen zum Festlegen und Bewerten unserer Qualitätsziele enthält,
- d) an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermittelt werden kann,
- e) auf ihre fortdauernde Angemessenheit bewertet wird.

#### Durchführung und Verantwortung:

Die Krankenhausleitung formuliert erstmalig die Qualitätspolitik, die im Einklang mit der Unternehmenspolitik und -strategie steht. Sie ist damit für die Umsetzung und Weiterentwicklung verantwortlich.

#### Überprüfung:

In regelmäßigen Abständen wird die Qualitätspolitik von der Krankenhausleitung auf Aktualität, Akzeptanz, Angemessenheit und Stimmigkeit überprüft und je nach Bedarf angepasst. Diese Überarbeitung ist deshalb von Zeit zu Zeit notwendig, um die Qualitätspolitik rechtzeitig an neue Entwicklungen wie veränderte Rahmenbedingungen anzupassen.

Sollten Veränderungen notwendig sein, entscheidet die Krankenhausleitung gemeinsam mit dem Lenkungsausschuss (LA) über notwendige Korrekturen und vermittelt die Neuerungen in die Organisation.

Die Krankenhausleitung verpflichtet sich nachdrücklich, die positive Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems voranzutreiben.

#### Der Begriff „Qualitätsziele“

Die Krankenhausleitung stellt sicher, dass übergeordnete sowie für spezifische Fach- und Funktionsbereiche Qualitätsziele jährlich festgelegt werden.

Die vereinbarten Qualitätsziele orientieren sich sowohl am Leitbild als auch an der Qualitätspolitik. Die Qualitätsziele sollen insbesondere so festgelegt und formuliert werden, dass sie

- f) sich auf einen Funktions- oder Fachbereich (z. B. Chirurgie, Verwaltung, Innere Medizin) beziehen oder
- g) übergeordnet für alle Abteilungen und Berufsgruppen unserer Klinik gleichermaßen gelten und

h) hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit beurteilbar und möglichst messbar (z. B. durch Kennzahlen) sind.

#### Durchführung und Verantwortung:

Die Krankenhausleitung erstellt erstmalig die Qualitätsziele. Für Umsetzung sind alle Mitarbeiter-, für Überprüfung auf Einhaltung und Zielerreichung die direkten Vorgesetzten verantwortlich.

Durch den Aufbau eines systematischen Zielplanungsprozesses soll ein hoher Bekanntheitsgrad der Qualitätsziele bei allen Mitarbeitern erreicht werden. Dies geschieht u. a. durch allgemeine Information zum Qualitätsmanagement (z. B. im Intranet), durch persönliche Informationsweitergabe durch Vertreter des LA, durch jährlich stattfindende Mitarbeitergespräche und Zielvereinbarungen mit Abteilungs-/ Bereichsleitern sowie durch zentrale Informationsveranstaltungen und im persönlichen Gespräch mit Vorgesetzten.

Die Umsetzung der Qualitätsziele erfolgt in Projekt- und Arbeitsgruppen, welche die Ziele in Form einer Prozessberatung der zu verbessernden Bereiche und Prozesse als Handlungsprämisse verwenden.

#### Überprüfung:

Die Überprüfung der Umsetzung der übergeordneten bzw. vereinbarten Qualitätsziele geschieht kontinuierlich durch Einhaltung der beschlossenen Zielvorgaben und vereinbarten Umsetzungsmaßnahmen, durch regelmäßiges Projektcontrolling sowie im persönlichen Gespräch zwischen QMB, dem LA und Mitarbeitern.

Die Qualitätsziele werden einmal jährlich gemeinsam mit dem GF, dem LA sowie der QMB besprochen und auf Aktualität, Anwendbarkeit und Zielerreichung überprüft. Sie dienen als konkrete Handlungsoptionen, aus denen konkrete (operative) Maßnahmen für den Zeitraum 1 Jahres abzuleiten und zu vereinbaren sind.

#### Ziel:

Ein alle Bereiche des Krankenhauses umfassendes Qualitätsmanagement ist in der Unternehmensstrategie des DRK – Krankenhauses Grimmen verankert und hat einen hohen Stellenwert. Es stellt v. a. die Interessen und das Wohl unserer Patienten in den Vordergrund.

Ziel unserer Qualitätspolitik ist es, den Status eines modernen, wettbewerbsfähigen Unternehmens, mit einem umfangreichen Leistungsspektrum auf qualitativ hohem Niveau aufrecht zu erhalten und zu verbessern. Dazu bedarf es eines strukturierten Managements mit qualifizierten, motivierten Führungskräften und Mitarbeitern sowie einem hohen Qualitätsanspruch an Strukturen, Prozesse und Abläufe.

Grundlegendes Ziel ist auch, alle Veränderungsprozesse strukturiert im Rahmen unseres Qualitäts- und Projektmanagements durchzuführen. Wir orientieren uns dabei am Plan – Do – Check – Act – Zyklus (PDCA) für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der Potentiale aufdeckt und ausschöpft.

## **D-2            Qualitätsziele**

### **1. Kompetenz, Patienten-/ Kunden**

1. Wir bereiten unsere Patienten systematisch und koordiniert auf die stationäre Aufnahme vor. Ziel ist es eine Patientenzufriedenheit von 90% im Prozess der Aufnahme zu erreichen.
2. Eine fachübergreifende Belegung ist für uns jederzeit möglich.
3. Durch unser Wegeleitsystem geben wir unseren Patienten und Besuchern eine sichere Orientierung. Ziel ist eine Patientenzufriedenheit zu 90 % zu erreichen.
4. Wir bieten unseren Patienten eine qualitativ hochwertige und umfassende Behandlung an.
5. In allen Behandlungsverläufen stellen wir den Facharztstandard sicher. Eine Facharztquote von 80 % in allen Abteilungen ist unser Ziel.
6. Durch strukturierte und systematische Behandlungsabläufe werden Wartezeiten für unsere Patienten vermieden. Wartezeitenanalysen werden mind. 2 x jährlich durchgeführt. Ziel ist die Wartezeit auf max. 30 Minuten festzulegen.
7. Unnötige Doppeluntersuchungen werden durch die aktive Nutzung von Vorbefunde vermieden.
8. Eine gute Kommunikation mit Patienten und Angehörigen sichert den Behandlungserfolg.
9. Patienten werden frühzeitig in die Behandlungsplanung einbezogen und informiert.
10. Wir bieten eine adäquate zielgruppenspezifische Schmerztherapie an. Ausgebildete Palliativpflegekräfte und Sterbebegleiter unterstützen die Patienten und deren Angehörigen.
11. Wir streben eine hohe Patientenzufriedenheit und eine hohe Patientensicherheit an. Ziel ist eine Gesamtzufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt von 90%.
12. Entlassungen erfolgen koordiniert, werden frühzeitig geplant und sichern einen reibungslose Nachsorge. Der Expertenstandard fließt in die Entlassungsplanung und Organisation ein.
13. Wir ermöglichen Sterbenden u. Verstorbenen eine angemessene und würdevolle Umgebung, respektieren deren Selbstbestimmungsrechte und Religiosität.

## 2. Mitarbeiter und Führung

1. Kontinuierlich werden die Instrumente der Personalentwicklung genutzt und für alle Berufsgruppen umgesetzt. Das Personalentwicklungskonzept wird implementiert.
2. Interne wie externe Fort- und Weiterbildung richten wir an die den Stellenbedarf und die Bedürfnisse und Wünsche der MA aus. Das definierte Abteilungsziel im Pflegebereich (mind. 10 Std. / Jahr) wird erreicht.
3. Die für Fort- und Weiterbildung notwendigen Ressourcen und Medien stellen wir zeitnah zur Verfügung.
4. Alle neuen Mitarbeiter werden umfassend und zeitnah in neue Aufgaben und Strukturen eingewiesen. Das Einarbeitungskonzept wird im Pflegebereich genutzt.
5. Wir stellen Mitarbeiter für interne Fort- und Weiterbildung frei.
6. Qualifizierte Mitarbeiter werden aktiv in unternehmerische Entscheidungen einbezogen.
7. Zielvereinbarungen werden mit leitenden Mitarbeitern getroffen, um sie aktiv am erfolgreichen Betriebs-Ergebnis zu beteiligen.



8. Wir führen regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch. Ziel ist eine Zufriedenheit von 90 %.
9. Zur Förderung der MA-Motivation und der Eigenverantwortung ist das betriebliche Vorschlagswesen implementiert.
10. Anreizsysteme fördern besonderes Engagement der MA.

### 3. Sicherheit, Vorsorge, Umweltschutz

1. Durch die konsequente Umsetzung des Arbeitsschutzes /-sicherheit sind unsere Arbeitsplätze sicher.
2. Gesundheitsschutz ist uns wichtig. Jährlich finden für jeden MA Arbeits- und Brand- schutzbelehrungen statt. Ziel ist eine Teilnehmerquote von 90 % in allen Berufsgruppen.
3. Patientensicherheit und Schutz vor Infektionen gewährleisten wir durch umfassende Maßnahmen zur Vorsorge und Hygiene. Ziel ist eine NCI – Rate von max. 1%.
4. Arzneimittel, Blutprodukte und Geräte unterliegen einer ständigen Qualitätskontrolle.
5. Wir sichern unseren Patienten jederzeit eine sichere Umgebung, u. a. auch um Eigen- und Fremdgefährdungen zu vermeiden. Die max. Sturzrate von 3% gilt es einzuhalten.
6. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit fließen in die tägliche Arbeit ein. Sie sind Grundlage hauseigener Regelungen.
7. Mithilfe hygienerelevanter Daten erfolgt eine regelmäßige Überprüfung. Notwendige Verbesserungen werden zeitnah umgesetzt.
8. Unser medizinisches Notfallmanagement erfolgt strukturiert und systematisch.
9. Die med. Versorgung eines akuten Notfalls erfolgt nach einheitlichem Vorgehen und sichert dadurch eine hohe Patientensicherheit zu.
10. Ökologische Aspekte werden bereits bei Beschaffung berücksichtigt.
11. Umweltschutz wollen wir stärker als bisher in unsere Unternehmenspolitik und Betriebsabläufe integrieren.

### 4. Information, Kooperation

1. Die Leistungsdokumentation erfolgt patientenbezogen zeitnah, lückenlos und nachvollziehbar.
2. Patientendaten werden umfassend und klar nachvollziehbar dokumentiert; einen Zugriff stellen wir 24 Stunden 7 Tage die Woche 365 Tage im Jahr sicher.
3. Wir streben papierlose Anforderungen und Befunddokumentation an.
4. Durch organisatorische Festlegungen, mittels Organigramm werden Strukturen, Aufgaben und Zuständigkeiten für alle transparent, nachvollziehbar und überprüfbar.
5. Wir streben kurze Informations- und
6. Kommunikationswege an, die eine schnelle Infoweitergabe zur Sicherstellung der Patientenversorgung ermöglichen.
7. Durch die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit wollen wir eine höhere Kundenbindung und den Bekanntheitsgrad in der Region deutlich erhöhen.

8. Wir pflegen systematische Kontakte unserer Einweiser und berücksichtigen deren Bedürfnisse bei unseren Abläufen. Ziel ist eine Zufriedenheit der Einweiser zu 90%.
9. Wir arbeiten an der Optimierung des Informationsflusses zwischen niedergelassenen und stationär behandelnden Ärzten.
10. Durch den Ausbau und die Pflege von Kooperationen optimieren wir unsere Leistungsangebot. Die Zufriedenheitsanalyse erfolgt mittels Befragung im 3-Jahres-Rhythmus.
11. Die Homepage wird mind. zweimal jährlich aktualisiert. Besondere Events werden von Mitarbeitern in kleinen Artikeln kommentiert.

#### 5. Kultur, Führung, Wirtschaftlichkeit

1. Gemäß unserem Leitbild streben wir einen respektvollen Umgang miteinander an.
2. Die Krankenhausleitung informiert die Mitarbeiter regelmäßig über Leistungsdaten. Ziel ist die Durchführung von Führungskräfte-konferenzen mind. 2 x jährlich.
3. Jederzeit können Abteilungsleitungen Kosten erfragen. So wird ein wirtschaftliches Handeln ermöglicht. Der Medizincontroller informiert mind. halbjährlich über Leistungszahlen.
4. Alljährlich wird ein Betriebsfest durchgeführt, das durch die Mitarbeiter aktiv mitgestaltet wird.
5. Eine enge Zusammenarbeit zwischen KHL und Betriebsrat (BTR) wird angestrebt. Mind. 2 Jährlich führt der GF Gespräche mit dem BTR.
6. Die verbindlichen Führungsgrundsätze werden von allen KHL- Mitglieder umgesetzt.
7. Die Mitarbeiter werden respektiert. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil ist von allen Abteilungsleitungen anzustreben.
8. Kooperationen mit Einrichtungen der Region werden unter Berücksichtigung beiderseitigen Nutzens (Win – Win Situation) geschlossen und angestrebt.
9. Eine ständige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist der KHL wichtig.
10. Ein festgelegtes, mit dem BTR abgestimmtes Budget zur Weiterbildung ist an die Abteilungsleitungen Pflege übergeben.
11. Auftritte bei Messen, Fort- und Weiterbildungen werden angestrebt.

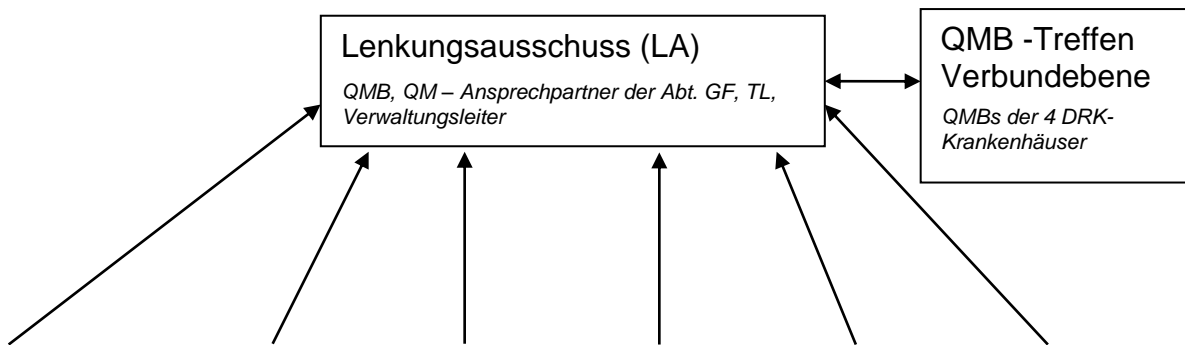
#### 6. Prozesse, QM und KVP

1. Unser Qualitätsmanagement umfasst alle Bereiche und Berufsgruppen.
2. Zur kontinuierlichen Überprüfung von Versorgungs- und Behandlungsqualität und Patientensicherheit setzen wir Qualitätskennzahlen ein.
3. Erkannte Verbesserungs-potentiale werden systematisch mit bewährten Methoden interner Qualitätssicherung umgesetzt.
4. Mit dem gleichen Ziel werden weitere Ergebnisindikatoren aus Routinedaten und Daten der externen Qualitätssicherung ausgewertet.
5. Wir messen regelmäßig die Bedürfnisse der Patienten und leiten konsequent Verbesserungs-maßnahmen ein.
6. Die Zusammenarbeit ist verbindlich in schriftlichen Regelungen definiert.

7. Mind. 1 x jährlich werden in den Abteilungen Qualitäts- und Prozessaudits durchgeführt. Erkannte VP werden im Maßnahmeplan dokumentiert und die Erfüllung evaluiert.
8. Im DRK – Verbund erfolgt ein Benchmark der ermittelten Kennzahlen, gemeinsam werden Maßnahmen als Empfehlung an den GF gegeben.
9. Das CIRS ist eingeführt. Fehlermeldungen erfolgen und werden durch das CIRS– Team bearbeitet.
10. Qualitätsziele werden abteilungsbezogen mit den jeweiligen CÄ vereinbart.
11. Eine kontinuierliche Fort - und Weiterbildung der Mitglieder des QM-Teams wird durchgeführt.

### D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Organisation des Qualitätsmanagements erfolgt im Haus durch(dem KTQ-Modell entlehnten) Hauptgruppen.



|                        |                          |                           |                    |                     |                      |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| Patienten-Orientierung | Mitarbeiter-Orientierung | Sicherheit im Krankenhaus | Informations-Wesen | Krankenhaus-Führung | Qualitäts-Management |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|

### D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Die im Folgenden genannten Instrumente und Methoden dienen der internen Qualitätssicherung im DRK-Krankenhaus Grimmen. Durch deren tägliche Anwendung wird die Mehrheit der Mitarbeiter des Krankenhauses in die Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems integriert. So kann sichergestellt werden, dass eine langfristige und kontinuierliche Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität für unsere Patienten erreicht wird. Diese formulierten Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung dienen der Weiterentwicklung, Überwachung und kontinuierlichen Verbesserung unseres Qualitätsmanagementsystems.

#### 1. Interne Audits / Begehungen

In Form von internen Audits bzw. Begehungen erfolgen regelmäßige Überprüfungen von Schwerpunktbereichen/Themenbereichen des DRK-Krankenhauses Grimmen. Diese werden anhand standardisierter Formulare durchgeführt: In einer Jahresvorplanung, die gemeinsam durch den LA erarbeitet wird, werden die Schwerpunktbereiche der zu visitierenden Bereiche festgelegt. Im Lenkungsausschuss werden diese genehmigt und durch die QMB an die Bereiche zur Information weitergeleitet. Zusätzliche erfolgen auf der Verbundebene übergreifend zu Schwerpunktthemen Begehungen.

Der Visitations- bzw. Begehungstermin sowie der Themenschwerpunkt werden dem Bereich bekannt gegeben. Anhand einer im Vorfeld vom LA formulierten Checkliste wird das Audit durchgeführt und protokolliert. Auswertungen werden durch das Aufzeigen von Stärken und Verbesserungspotentialen in den Bereichen vorgenommen.

## **2. Befragungen**

IM DRK-Krankenhaus werden regelmäßige schriftliche Befragungen durchgeführt, ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Neben der Patienten,-Mitarbeiter- und Zuweiserbefragung werden auch die Auszubildenden zu Ihrer Zufriedenheit mit der praktischen Ausbildung auf den Stationen und die weiterbetreuenden Einrichtungen zum Entlassmanagement befragt.

### **2.1 Patientenbefragungen**

Die Befragung unserer Patienten mittels Fragebogen erfolgt kontinuierlich. Bereits bei der Aufnahme der Patienten wird der Fragebogen ausgehändigt, den Sie im Anschluss an die Behandlung ausfüllen können. Für die Bögen stehen auf allen Stationen Briefkästen bereit. Durch die QMB erfolgt eine quartalsweise grafische Auswertung der rückläufigen Fragebögen. Die Ergebnisse werden auf der KHL – Sitzung, der Bereichsleitungssitzung und im LA vorgestellt. Ein jährlicher Benchmark im DRK-Verbund findet statt.

Die Anregungen und Kritikpunkte werden im Rahmen der Krankenhausleitung kritisch betrachtet. Bei berechtigten Einwänden unserer Patienten wird eine schnellstmögliche Verbesserung angestrebt. Eine Kennzahl gibt über die Umsetzungsquote Aufschluss.

### **2.2 Mitarbeiterbefragungen**

In regelmäßigen Abständen werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung und dem Betriebsrat.

Auch zu dieser Befragung erfolgt ein Benchmark der Ergebnisse innerhalb des Krankenhaus-Verbundes.

Geplant ist ein 2- jähriger Befragungsrhythmus unter Begleitung von Great Place to work.

### **2.3 Einweiserbefragungen**

Zu den niedergelassenen Ärzten der Region besteht ein regelmäßiger Kontakt. Es finden Vorort-Besuche durch unsere Krankenhausärzte statt und Telefonate für kurzfristige Abstimmungen sowie das Angebot von regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen im Haus.

Alle 2 Jahre wird eine Einweiserbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse werden intern ausgewertet. Die Auswertungsergebnisse werden den Einweisern bei Interesse übersandt. Im Krankenhaus werden die Ergebnisse bereichsbezogen ausgewertet und im Intranet und Internet veröffentlicht. Ein Benchmark auf Verbundebene erfolgt ebenfalls.

## 2.4 Evaluation der Fort- und Weiterbildungen

Für sämtliche intern durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden standardisierte Evaluationsbögen (Siehe Abbildung 12) an die Teilnehmer ausgehändigt. Für die Bereitstellung sind die QMB und die Fortbildungsbeauftragte „Pflege“ verantwortlich. Eine jährliche Auswertung erfolgt im Rahmen des Qualitätsmanagements.

## 3. Mitarbeitergespräche

Im Umgang mit Mitarbeitern ist ein wichtigstes Instrument der offene Dialog im Mitarbeitergespräch, welches alle 2 Jahre im Pflegebereich durchgeführt wird.

Im Vorfeld der Gespräche wird jedem Mitarbeiter ein Selbsteinschätzungsbogen ausgehändigt, der während des Gesprächs gemeinsam besprochen wird und als Leitfaden dient. Der Mitarbeiter erhält durch den Bereichsleiter eine Reflektion der Dinge, die er in seiner täglichen Arbeit gut macht und die er verbessern könnte. Neben der Ist-Stands-Analyse, mittels einheitlichen Mitarbeiter-Gesprächsprotokolls, werden auch Ziele besprochen.

Dieses Instrument dient der gezielten Mitarbeiterführung bzw. Entwicklung und dem optimalen Einsatz der wichtigsten Ressource -der Arbeitskraft.

## 4. Kennzahlensystem

Ein Kennzahlensystem ist erarbeitet, bestehend aus der Bezeichnung und Definition der Kennzahl, einer Zielformulierung, dem Erhebungsrhythmus sowie der Verantwortlichkeit. Im Lenkungsausschuss werden die Kennzahlen jährlich festgelegt, die die Qualität aus den unterschiedlichsten Bereichen widerspiegeln.

Die sogenannten Qualitätskennzahlen werden neben den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, wie Bettenauslastung, Verweildauer, Fallzahl... jährlich ermittelt. Sämtliche Kennzahlen werden an die QMB übermittelt bzw. in Zusammenarbeit mit ihr erstellt. Sie werden in Form von grafischer Auswertung bekannt gemacht, so dass aus die

Zielerreichung hervorgeht. Die Entwicklung der Kennzahlen wird allen Mitarbeitern transparent gemacht.

## **5. Benchmark**

Die QMB's der DRK-Krankenhäuser M-V treffen sich quartalsweise. Sie sind verantwortlich für die Erarbeitung einer jährlichen Gegenüberstellung ausgewählter Kennzahlen, die im Rahmen des Kennzahlensystems erhoben werden. Sie geben Empfehlungen an die KHL zur Einleitung von Maßnahmen.

Die QMB's der KH informieren regelmäßig die Geschäftsführung.

## **6. Kommissionen**

Alle etablierten Kommissionen des Krankenhauses Grimmen sind mit Verantwortlichen und Kommissionsmitgliedern dem Informations- und Kommunikationsstatut Die Aufgaben der Kommissionen sind in Geschäftsordnungen festgeschrieben.

## **7. Arbeitsgruppen**

Neben der Projektarbeit sind in unserem Krankenhaus ständige Arbeitsgruppen etabliert. Diese arbeiten in ähnlich strukturierter Form wie in Projektgruppen, allerdings ist ihre Arbeit zeitlich nicht begrenzt. Häufig entstehen aus einem oder mehreren abgeschlossenen Projekten Arbeitsgruppen.

Alle etablierten Arbeitsgruppen des Krankenhauses Grimmen sind mit Verantwortlichen und Mitgliedern dem IKS zu entnehmen.

## **8. Beschwerdemanagement**

In unserem Krankenhaus ist ein strukturiertes Beschwerdemanagement per Verfahrensanweisung etabliert. Es gibt dadurch sowohl für Patienten und Angehörige als auch für Mitarbeiter des Hauses die Möglichkeit namentlich oder anonym ihre Wünsche und Beschwerden zu äußern.

Jede Beschwerde wird zur abschließenden Bearbeitung dem Geschäftsführer vorgelegt, denn Beschwerden sind von der Krankenhausleitung ausdrücklich erwünscht, um so eine Leistungs- und Serviceverbesserung ermöglichen zu können. Die Rufnummer wird nicht nur durch die Telefonlisten, die Patientenmappen, die auf den Zimmern ausliegen und die Informationsbroschüre unseres Krankenhauses publik gemacht, sondern ist ebenfalls im Krankenhausleitbild verankert.

## **9. Betriebliches Vorschlagswesen**

Das betriebliche Vorschlagswesen unseres Krankenhauses motiviert alle Mitarbeiter ihre Erfahrungen, Ideen, Kenntnisse und Fähigkeiten, die über ihr primäres Aufgabengebiet hinausgehen, kontinuierlich und in strukturierter Form, insbesondere auch zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität, einzubringen.

## **10. Risikomanagement**

### **10.1 Ziele im Risikomanagement**

Die frühzeitige Einleitung gezielter Maßnahmen zur Abwendung der Risiken.

Die Entwicklung einer Risikomanagement -Kultur im Krankenhaus, die von einem offenen Umgang geprägt ist mit dem Primärziel der Sicherung des Krankenhaus-Standortes Teterow durch die Sicherheit aller am Krankenhausprozess Beteiligten.

Im Krankenhaus wurde eine Risikoanalyse vorgenommen und ein CIRS-Meldesystem aufgebaut.

### **10.3 Maßnahmen des ökonomischen Risikomanagement**

#### **10.3.1 Berichtswesen / Controlling**

Die Controllingabteilung unseres Krankenhauses erstellt monatliche Berichte, die der Krankenhausleitung einen Überblick über die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Kennzahlen der Fachabteilungen geben. Zudem findet ein Benchmark der Leistungszahlen im DRK-Verbund statt. Eine Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung der Kosten- und Leistungsrechnung des Krankenhauses und bereitet die jährliche Teilnahme an der InEK-Kalkulation vor, um mit dem Leistungsspektrum unseres Krankenhauses die DRG- Katalogentwicklung mitzubestimmen.

Ein hausintern aufgebautes Kennzahlensystem überprüft die Entwicklung der Qualitätskennzahlen, z.B. Anzahl Nosokomiale Infektionen oder die Sturzhäufigkeit/Station, aber auch die Patientenzufriedenheit mit der Verpflegung beispielsweise oder die Weiterbildungsquote.

#### **10.3.2 EDV-Ausfallkonzept**

Verhaltensvorgaben bei Ausfall der Informationstechnik sind für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Es existieren Anforderungsformulare sowie ein Patientenaufnahmebogen in Papierform, so dass auch bei längerem EDV- Ausfall alle relevanten Daten erfasst bzw. übermittelt werden können. Um Systemausfällen vorzubeugen werden regelmäßig Wartungs- und Kontrollarbeiten durch die EDV- Abteilung bzw. die Abteilung Haustechnik durchgeführt.

### **10.3.3 Öffentlichkeitsarbeit und externe Kommunikation**

Krankenhäuser erfahren in der Bevölkerung besondere Aufmerksamkeit und werden auch durch die Medien mit Interesse beobachtet. Eine souveräne Kommunikation und aktive Öffentlichkeitsarbeit sind daher unerlässlich um Image und damit Konkurrenzfähigkeit des Hauses zu erhalten. Durch eine Dienstanweisung ist die Kommunikation sowie die Imagevermittlung nach außen verbindlich und strukturiert geregelt.

## **11. Maßnahmen des medizinischen Risikomanagement**

### **11.1 Externe Risikoanalyse**

Risikoanalysen durch den Haftpflichtversicherer werden durchgeführt. Daraus resultierende Risikoeinschätzungen werden katalogisiert und anhand eines Maßnahmenkataloges entsprechend der Risikoeinschätzung nach Ampelsystem in interdisziplinären Gruppen bearbeitet.

Eine anschließende Evaluation der abgeleiteten Maßnahmen findet in Form interner Audits statt.

### **11.2 Externe vergleichende Qualitätssicherung**

Maßnahmen zur externen vergleichenden Qualitätssicherung sind in § 137 SGB V durch den Gesetzgeber vorgeschrieben

Die Erfassung der Qualitätssicherungsbögen für ausgewählte Bereiche wie Cholezystektomien oder ambulant erworbene Pneumonien, aber auch die durch die Pflege zu dokumentierende Dekubitusprophylaxe dient der bundesweiten Vergleichbarkeit. Hier werden Versorgungsbereiche systematisch überprüft und Defizite identifiziert, um die Erkenntnisse für die erforderliche Qualitätsverbesserung zu nutzen und signifikante, valide und vergleichbare Ergebnisse insbesondere zu Aspekten, wie Indikationsstellung für die Leistungserbringung, Angemessenheit der Leistung oder die Ergebnisqualität von Krankenhausleistungen, zu sichern.

### **11.3 CIRS - Critical Incident Reporting System**

Ein System zur Meldung von kritischen Zwischenfällen im Krankenhausgeschehen wurde im Krankenhaus aufgebaut. Meldungen der Mitarbeiter werden strukturiert erfasst und durch das CIRS-Auswertungsteam analysiert. Das Auswertungsteam ist interdisziplinär zusammengesetzt und mittels Geschäftsordnung von der Krankenhausleitung berufen worden. Durch die Sammlung von Informationen über kritische Zwischenfälle (incidents) werden Erkenntnisse für Korrekturen gewonnen, um künftig Fehler zu vermeiden.

Das CIRS-Team gibt Rückmeldungen an die Mitarbeiter in Form von Veröffentlichungen und Empfehlungen zur zukünftigen Vermeidung der gemeldeten Vorkommen an die Krankenhausleitung des Krankenhauses.

Das Ziel ist die Entwicklung einer Kommunikationskultur im Krankenhaus, die durch Sicherheitsdenken geprägt ist entsprechend der unten stehenden Abbildung.



## **11.4 Patientenidentifikationsarmband**

Alle Patienten besonders, scheinbar orientierungseingeschränkte, verwirrte Patienten, erhalten bei Aufnahme ein Pat. ID – Armband.

Auf dem Armband finden Sie die Patienten-Fallnummer, die jeweils nur einmal vergeben wird sowie den Namen und das Geburtsdatum des Patienten. Alle Mitarbeiter des Krankenhauses sind angehalten, die obengenannten Patienten zu identifizieren und ggf. die entsprechende Station zuzuführen. Vor jeder Untersuchung sind die Daten des Armbandes mit der Patientenakte abzugleichen.

## **11.5 Risiko-Checklisten**

Die Mitarbeiter/innen nutzen für die OP-Vorbereitung sowie den Übergang des Patienten vom Patientenzimmer in den OP-Bereich eine Checkliste, die für jeden zu operierenden Patienten abzuarbeiten ist, um eine lückenlose Dokumentation der Patientenbetreuung zu gewährleisten und alle Punkte auch in stressigen Situationen zu bedenken.

Durch das OP-Team wird eine Checkliste genutzt, um in erster Linie Patientenverwechslungen zu vermeiden, aber auch um Auffälligkeiten zu dokumentieren. Die Checkliste ist in Anlehnung an die Sicherheits-Checkliste Chirurgie der WHO entstanden.

Die Checklisten werden vom Operateur und seinem Team ausgefüllt, unterschrieben, ggf. vom QM ausgewertet und mit den Patientenunterlagen archiviert.

## **11.6 Sturzmanagement**

Bei stationärer Aufnahme wird bei jedem Patienten das Sturzrisiko anhand einer Sturzrisikokala ermittelt. Eine erneute Risikoeinschätzung, erfolgt innerhalb von 7 Tagen.

Ist es trotz vermehrter Aufmerksamkeit zu einem Sturzereignis gekommen, wird dieses einheitlich mittels Unfallbericht im Krankenhausinformationssystem auf allen Stationen aufgezeichnet und halbjährlich ausgewertet.

Die QMB ermittelt in der halbjährlichen Auswertung Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen. So wurden z.B. folgende Maßnahmen für den Pflegebereich festgelegt: - die Überprüfung und Einweisung in die Nutzung von Bettseitengitter, der Einsatz von Stoppersocken, Anlassen des Nachtlichtes und zur Nacht das Bett auf niedrigste Stufe stellen bzw. Weichlagerung vorm Bett (Matratze etc.).

Die Sturzhäufigkeit ist Bestandteil des Kennzahlensystems um die Entwicklung im Haus und auf den Stationen darzustellen und zu analysieren.

## **11.7 Dekubitusmanagement**

Bei stationärer Aufnahme wird bei jedem Patienten ab dem 70. Lebensjahr das Dekubitusrisiko mittels Bradenskala ermittelt. Die Berechnung der Risikopunkte erfolgt zusätzlich einmal wöchentlich bzw. bei Veränderung des Allgemeinzustandes.

Außerdem wird die Dekubitusprophylaxe im Rahmen der gesetzlich geforderten externen Qualitätssicherung kontinuierlich durch die Pflegekräfte erfasst. Die Dekubitusprophylaxe wird nach Expertenstandard durchgeführt und ist in unseren Leitlinien verbindlich geregelt.

## **11.8 Medikamentenmanagement**

Die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus ist verbindlich geregelt.

Die Medikamentenstellung erfolgt durch eine examinierte Pflegekraft. Für das Arzneimittelmanagement werden Dispenser vorgehalten. Die Verteilung der Arzneimittel erfolgt standardisiert nach Leitlinie. Wir haben uns extern einem Risiko- Audit zum Thema unterzogen, im Ergebnis wurde der Prozess der ärztlichen Anordnung in einer Dienstanweisung definiert und festgelegt.

Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist per Dienstanweisung geregelt.

Es finden halbjährliche Kontrollen durch die externe Lieferapotheke statt und die Arzneimittelkommission des Krankenhauses trifft sich halbjährlich entsprechend der Geschäftsordnung. Die Aufgabe der Arzneimittelkommission ist es, aus dem Angebot des Arzneimittelmarktes solche Arzneimittel auszuwählen, die nach dem Stand der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft eine optimale Arzneimittelversorgung der Patienten gemäß dem medizinischen Standard unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bieten.

## **11.9 Hygienemanagement**

Das Hygienemanagement unseres Krankenhauses ist in Form einer Dienstanweisung geregelt. Das KH hat Regelungen in einem Gesamthygieneplan festgeschrieben, der einmal jährlich von jedem Mitarbeiter zur Kenntnis genommen wird.

Zur regelmäßigen Überwachung der Krankenhaushygiene ist im Krankenhaus mittels Geschäftsordnung eine interdisziplinär besetzte Hygienekommission tätig. Die Kommission mit Unterstützung eines externen Krankenhaushygienikers ist für die Einhaltung und Umsetzung der neuesten und aktuellen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene und der Prävention von Nosokomialen Infektionen zuständig. Neben der Hygienefachkraft des Hauses sind in allen Bereichen Hygienebeauftragte Pflegekräfte für die Umsetzung der Hygienevorschriften verantwortlich. Die Hauptverantwortung trägt der Ärztliche Direktor der Einrichtung.

Außerdem werden durch die Hygienebeauftragte Schwester Hygienevisiten bei infektiösen Patienten und bei resistenten Erregern durchgeführt. Im stationären Bereich

werden bei diesen Erkrankungen zur vorschriftsmäßigen Umsetzung der Maßnahmen Hygienecenter eingesetzt.

Die Mitarbeiter nehmen jährlich an internen Schulungsveranstaltungen teil. Die Hygieneverantwortlichen besuchen zudem extern organisierte Weiterbildungsveranstaltung.

Das Hygienemanagement ist immer auch Bestandteil der Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen.

## **11.10 Entlassmanagement**

Mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Hausärzten wird ein enger Kontakt gepflegt. Zum gemeinsamen Austausch mit den ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen findet einmal jährlich ein Stammtisch der Pflegedienstleitungen statt, um eine reibungslose Überleitung der Patienten zu erreichen.

Das Entlassmanagement ist per Leitlinie verbindlich geregelt. Bei Entlassung und Überleitung in eine andere Pflegeeinrichtung werden standardisierte Dokumente genutzt. Neben dem Stammtisch werden die weiterbetreuenden Einrichtungen auch zu ihrer Zufriedenheit zur Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus befragt.

Die Empfehlungen des G-BA fließen in die internen Regelungen ein.

### **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

12. Erstellen von OP- Lagerungsstandards
13. Risiko- Audits
14. Einführung Modul Medikation in Orbis
15. Einführung Modul Patientenkurve in Orbis
16. Einführung Infektionsstation
17. Erweiterung der Monitormöglichkeiten

### **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

18. Evaluierung unser Qualitätsmanagements im DRK Verbund. Es erfolgen regelmäßig visuelle Treffen der Qualitätsmanagementbeauftragten.
19. Auditierung der DRK Krankenhäuser, an Hand eines selbst erstellten Fragenkatalogs und geben von Empfehlungen an die jeweilige Krankenhausleitung (KHL).