

Westküstenklinikum Brunsbüttel

Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2022

QBx

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Björn-Ola Fechner
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Abteilung für Organisation, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation und Study Nurse
Telefon: 0481 / 785 - 1015
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: bfechner@wkk-hei.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Dr. med. Martin Blümke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0481 / 785 - 1001
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: info@wkk-bru.de

Weiterführende Links

Homepage: <http://www.westkuestenklinikum.de/>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	2
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts	10
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	11
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	13
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	13
A-4	[unbesetzt]	13
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	17
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	19
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	19
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	20
A-9	Anzahl der Betten	20
A-10	Gesamtfallzahlen	20
A-11	Personal des Krankenhauses	21
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	21
A-11.2	Pflegepersonal	21
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	26
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	27
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	28
A-12.1	Qualitätsmanagement	28
A-12.1.1	Verantwortliche Person	28
A-12.1.2	Lenkungsgremium	28

A-12.2	Klinisches Risikomanagement	28
A-12.2.1	Verantwortliche Person	28
A-12.2.2	Lenkungsgremium	29
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	29
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	30
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	31
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	31
A-12.3.1	Hygienepersonal	31
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	32
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	32
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	32
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	33
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	33
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	34
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	34
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	36
A-12.5.2	Verantwortliche Person	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	37
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	39
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	40
A-13	Besondere apparative Ausstattung	41
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	41
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	42
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	42
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	42
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	42

B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	43
B-1	Abteilung für Innere Medizin	45
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	45
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-1.4	[unbesetzt]	49
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	52
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	52
B-1.11	Personelle Ausstattung	52
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	52
B-1.11.2	Pflegepersonal	53
B-2	Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel	57
B-2.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	57
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-2.4	[unbesetzt]	62
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD	62
B-2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	64
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-2.11	Personelle Ausstattung	65

B-2.11.1	Ärztinnen und Ärzte	65
B-2.11.2	Pflegepersonal	65
B-3	Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel	69
B-3.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	69
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-3.4	[unbesetzt]	69
B-3.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-3.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	70
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	71
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-3.11	Personelle Ausstattung	71
B-3.11.1	Ärztinnen und Ärzte	71
B-3.11.2	Pflegepersonal	72
B-3.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	75
B-4	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel	76
B-4.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	76
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-4.4	[unbesetzt]	76
B-4.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	77
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	77
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	77
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	77

B-4.1.1	Personelle Ausstattung	77
B-4.1.1.1	Ärztinnen und Ärzte	77
B-4.1.1.2	Pflegepersonal	78
B-5	Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel	82
B-5.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	82
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-5.4	[unbesetzt]	83
B-5.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	83
B-5.6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-5.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	84
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	84
B-5.1.1	Personelle Ausstattung	84
B-5.1.1.1	Ärztinnen und Ärzte	84
B-5.1.1.2	Pflegepersonal	84
B-5.1.1.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	87
B-6	Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel	88
B-6.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	88
B-6.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	88
B-6.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-6.4	[unbesetzt]	89
B-6.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-6.6	Hauptdiagnosen nach ICD	90
B-6.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	90
B-6.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	91
B-6.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	91

B-6.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	91
B-6.11	Personelle Ausstattung	91
B-6.11.1	Ärztinnen und Ärzte	91
B-6.11.2	Pflegepersonal	92
C	Qualitätssicherung	93
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	94
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	94
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	95
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	126
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	126
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	126
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	126
C-5.1	Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr	126
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	127
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	127
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	127
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr	128
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	128
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	128
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	129
C-9.1	Zeitraum des Nachweises	129
C-9.2	Vollständige und fristgerechte Nachweisführung	129
C-9.3a	Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie	129

C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	133
------	--	-----



Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

QBX

A

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 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

Name: Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH
Institutionskennzeichen: 260101865
Straße: Esmarchstraße 50
PLZ / Ort: 25746 Heide
Telefon: 0481 / 785 - 0
E-Mail: info@wkk-hei.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. med. Johann Hagenah
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 0481 / 785 - 0
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: info@wkk-hei.de

Pflegedienstleitung

Name: Sabine Holtorf
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin
Telefon: 0481 / 785 - 1151
Telefax: 0481 / 785 - 1159
E-Mail: info@wkk-hei.de

Verwaltungsleitung

Name: Dr. med. Martin Blümke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0481 / 785 - 1001
Telefax: 0481 / 785 - 1009
E-Mail: info@wkk-hei.de

Im Bericht dargestellter Standort

Name: Westküstenklinikum Brunsbüttel
Institutionskennzeichen: 260101865
Standortnummer: 771041000
Standortnummer (alt): 02
Straße: Delbrückstrasse 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel
E-Mail: info@wkk-bru.de

Ärztliche Leitung

Name: Dr. med. Thomas Thomsen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor
Telefon: 04852 / 980 - 6501
Telefax: 04852 / 980 - 6849
E-Mail: info@wkk-bru.de

Pflegedienstleitung

Name: Sabine Holtorf
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin
Telefon: 0481 / 785 - 1150
Telefax: 0481 / 785 - 1159
E-Mail: SHoltorf@wkk-hei.de

Verwaltungsleitung

Name: Jana Kemper
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Kaufmännische Leitung
 Telefon: 04852 / 980 - 0
 Telefax: 04852 / 980 - 6314
 E-Mail: info@wkk-hei.de

Name: Sabine Rocker
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Standortleitung
 Telefon: 04852 / 980 - 0
 Telefax: 04852 / 980 - 6314
 E-Mail: info@wkk-hei.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Kreis Dithmarschen
 Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Psychoonkologischer Arbeitskreis, Palliativmedizin, Ethikkomitee, Fortbildungen zu Tod und Sterben, Zusammenarbeit mit dem Hospizverein Meldorf
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	http://www.westkuestenklinikum.de
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	http://www.westkuestenklinikum.de
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP21	Kinästhetik	Auf Anforderung durch Kooperationspartner in der Klinik möglich
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP62	Snoezelen	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP45	Stomatherapie/-beratung	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Orthopädietechniker sind verfügbar in Kooperation mit Sanitätshäusern
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	http://www.westkuestenklinikum.de
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/	
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/	
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/	
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/	
NM69	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/wahlleistungen/	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in	https://www.westkuestenklinikum.de/-medizin-pflege/zentren/-geburtszentrum/ueber-uns/	
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/aufnahme-und-sprechstundenzentrum/	bei med. Notwendigkeit kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/aufnahme-und-sprechstundenzentrum/	
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.westkuestenklinikum.de/-bildungszentrum/	Es gibt ein sehr umfangreiches Angebotspektrum von Informationsveranstaltungen, die über das angegliederte Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen (BBG) koordiniert und gestaltet werden.
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.westkuestenklinikum.de/-medizin-pflege/medizinische-fachbereiche/psychiatrie/tagesklinik-fuer-psychiatrie-in-brunsbuettel/	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/speiseplaene/	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung	https://www.westkuestenklinikum.de/-patienten-besucher/seelsorge/	Seelsorgerliche Begleitung der Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern wird angeboten

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Thies Brehmer
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Gebäudemanagement mit Bau und Technik
 Telefon: 0481 / 785 - 3004
 E-Mail: info@wkk-hei.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF04	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF05	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
BF33	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung
BF35	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
BF37	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Aufzug mit visueller Anzeige
BF38	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Kommunikationshilfen
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF19	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF29	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
BF32	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
BF41	Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit: Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Universitäten Kiel und Lübeck, Universität Hamburg

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	http://www.westkuestenklinikum.de
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	in Kooperation
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	http://www.westkuestenklinikum.de
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	http://www.westkuestenklinikum.de

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 130

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 4.035

Teilstationäre Fälle: 175

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 23.597

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	25,72
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,72
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	24,93
– davon ambulante Versorgungsformen	0,79
Fachärztinnen und Fachärzte	19,13
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,13
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	18,4
– davon ambulante Versorgungsformen	0,73
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	2

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	67,79	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	67,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	67,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	10,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	2,31	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,31	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	5,26	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,26	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	2,25	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	22,66	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,66	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	22,66	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	4,65	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,65	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	2,25	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	0,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	1,42
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,42
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	0,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	0,42
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,42
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,42
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	6,03
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,03
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	6,03
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	0,78
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,78
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	3,25
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,25
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,25
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	0,75
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,75
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,42
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,42
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	0,46
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,46
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Björn-Ola Fechner
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Abteilung für Organisation, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation und Study Nurse
 Telefon: 0481 / 785 - 1015
 Telefax: 0481 / 785 - 1021
 E-Mail: bfechner@wkk-hei.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Regelmäßige Qualitätsgespräche mit allen verantwortlichen Personen

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Björn-Ola Fechner
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinischer Risikomanager
 Telefon: 0481 / 785 - 1015
 Telefax: 0481 / 785 - 1021
 E-Mail: info@wkk-hei.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführung
 Funktionsbereiche: Krankenhausdirektorium
 Risikokoordinator
 Risikomanager
 Risikobeauftragte

Tagungsfrequenz: halbjährlich

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: VA Risikomanagement ID 656 Letzte Aktualisierung: 20.02.2023
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verhalten bei hausinternen Notfällen ID: 479 Letzte Aktualisierung: 30.04.2021
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzmanagement ID: 1868 Letzte Aktualisierung: 12.05.2022
RM06	Sturzprophylaxe	Name: 1 Leitlinie zum Expertenstandard Sturzprophylaxe ID 1698 Letzte Aktualisierung: 13.05.2022
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Verfahrensanweisung Systematisches Dekubitusmanagement ID 31672 Letzte Aktualisierung: 15.02.2022
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Patienten ID 552 Letzte Aktualisierung: 11.12.2021
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Meldung Vorkommnis Medizinprodukte ID 630 Letzte Aktualisierung: 10.06.2022

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel Treffen der Qualitätsmanagementbeauftragten 6K KlinikVerbund Schleswig-Holstein Treffen der CIRS Arbeitsgruppe 6K KlinikVerbund Schleswig-Holstein Initiativ Reviews
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: Prävention Eingriffsverwechslung ID 625 Letzte Aktualisierung: 30.05.2023
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: Basis-Checkliste zur Vorbereitung op. Eingriffe ID 22892 Letzte Aktualisierung: 01.09.2022
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Prävention von Eingriffsverwechslungen ID 626 Letzte Aktualisierung: 30.06.2023
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Narkoseprotokoll ID 808 Letzte Aktualisierung: 12.10.2023
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Dienstanweisung Entlassungsmanagement ID:528 Letzte Aktualisierung: 22.07.2022

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 26.06.2023
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

Folgende konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sind erfolgt:

- *Etiketten mit neuem Nummernkreis für das Labor
- *getrennte Lagerung der Medikamente, Abfragung von Schulungsbedarf in den Abteilungen, Sensibilisierung der Teams
- * Sensibilisierung des Teams Radiologie in Bezug auf die Befundweitergabe
- * Sensibilisierung der Teams in Bezug auf die Team-Time-Out Bögen über die Chefarztrunde

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer)
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer)
EF00	6K-AG CIRS (CIRS Arbeitsgruppe des 6K-Klinikverbundes Schleswig-Holstein)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	0	Am Standort Heide
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	3	
Hygienefachkräfte (HFK)	0	Am Standort Heide
Hygienebeauftragte in der Pflege	11	

¹ Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Christiane Sause

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Krankenhaushygiene-Infektiologie-Antibiotic-Stewardship-Expertin DGKH

Telefon: 0481 / 785 - 1662

Telefax: 0481 / 785 - 1509

E-Mail: csause@wkk-hei.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	ja

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen: 35,72 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	http://www.westkuestenklinikum.de	
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hybase der Firma Cymed AG DEVICE-KISS	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		https:// www.westkuestenklinikum.de/
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen		https:// www.westkuestenklinikum.de/ patienten-besucher/hygiene/

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	http://www.westkuestenklinikum.de
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	siehe hierzu Dokument "VA.Z.WKK.012-1 Ablauf Beschwerdemanagement" http://www.westkuestenklinikum.de
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	https://www.westkuestenklinikum.de/ patienten-besucher/anregungen-lob- und-kritik/
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	http://www.westkuestenklinikum.de
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Der Ablauf des Beschwerde-managements ist in einer Verfahrens-anweisung definiert.

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Nils Dreier Mitglied im Beschwerdeteam Telefon: 0481 / 785 - 4444 Telefax: 0481 / 785 - 1021 E-Mail: anregung@wkk-hei.de Ksenia Weisert Mitglied im Beschwerdeteam Telefon: 0481 / 785 - 4444 E-Mail: anregung@wkk-hei.de Janine Schipnewski Mitglied im Beschwerdeteam Telefon: 0481 / 785 - 4444 E-Mail: anregung@wkk-hei.de Link: http://www.westkuestenklinikum.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Postalisch möglich oder per Mail an anregung@wkk-hei.de
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	Es werden kontinuierliche Patientenbefragungen durchgeführt und über den CLINOTEL-Verbund ausgewertet. Des Weiteren werden Zentrumsbefragungen über Evasys ausgewertet.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	In den zertifizierten Bereichen werden alle 3 Jahre regelhafte Einweiserbefragungen durchgeführt. Zudem werden in besonderen Bereichen punktuell Befragungen durchgeführt.

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

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Matthias Klein
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Apotheker
 Telefon: 04331 / 200 - 7700
 E-Mail: mklein@schoen-klinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

¹ Angabe in Personen

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittel-anamnese - Verordnung - Patienteninformatio - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: 17353 Verfahrensanweisung zum Umgang mit Arzneimitteln vom 01.10.2019 Letzte Aktualisierung: 08.11.2021
AS06	Medikationsprozess im Krankenhaus: SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: 17353 Verfahrensanweisung zum Umgang mit Arzneimitteln vom 01.10.2019 Letzte Aktualisierung: 08.11.2021
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Medikationsprozess im Krankenhaus: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen,

zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

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

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

ja

Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes:

Nr.	Instrumente und Maßnahme	Zusatzangaben
SK01	Prävention: Informationsgewinnung zur Thematik	
SK02	Prävention: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	
SK03	Prävention: Aufklärung	
SK04	Prävention: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung: 20.09.2023 ID44608
SK05	Prävention: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	
SK06	Prävention: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	
SK07	Prävention: Sonstiges	
SK08	Intervention: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Letzte Überprüfung: 20.09.2023 ID44608

Nr.	Instrumente und Maßnahme	Zusatzangaben
SK09	Intervention: Sonstiges	
SK10	Aufarbeitung: Handlungsempfehlungen zum Umgang / zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	Letzte Überprüfung: 20.09.2023 ID44608
SK11	Aufarbeitung: Sonstiges	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA10	Elektroenzephalographiergerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	verfügbar über die neurologische Praxis
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	——— ²	verfügbar über die neurologische Praxis
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	——— ²	

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfall-

strukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): ja

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:
Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausesplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

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

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

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

B



Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

QBX

B-1	Abteilung für Innere Medizin	45
B-2	Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel	57
B-3	Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel	69
B-4	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel	76
B-5	Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel	82
B-6	Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel	88

B-1 Abteilung für Innere Medizin

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Innere Medizin
 Schlüssel: Innere Medizin (0190)
 Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Thomsen Thomas
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: 04852 / 980 - 6301
 Telefax: 04852 / 980 - 6378
 E-Mail: info@wkk-bru.de
 Straße: Delbrückstr. 2
 PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	http://www.westkuestenklinikum.de
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	http://www.westkuestenklinikum.de
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	http://www.westkuestenklinikum.de
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	http://www.westkuestenklinikum.de
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	http://www.westkuestenklinikum.de
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	http://www.westkuestenklinikum.de
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	http://www.westkuestenklinikum.de
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	http://www.westkuestenklinikum.de
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	ist vorhanden
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	http://www.westkuestenklinikum.de
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	auch über § 116 b SGB V
VI20	Intensivmedizin	IMC
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VI27	Spezialsprechstunde	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VI35	Endoskopie	http://www.westkuestenklinikum.de
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	http://www.westkuestenklinikum.de
VI39	Physikalische Therapie	http://www.westkuestenklinikum.de
VI40	Schmerztherapie	http://www.westkuestenklinikum.de
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	http://www.westkuestenklinikum.de
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	http://www.westkuestenklinikum.de
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	http://www.westkuestenklinikum.de
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	http://www.westkuestenklinikum.de
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	http://www.westkuestenklinikum.de
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	http://www.westkuestenklinikum.de
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	http://www.westkuestenklinikum.de
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	http://www.westkuestenklinikum.de
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	http://www.westkuestenklinikum.de
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	http://www.westkuestenklinikum.de
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie	http://www.westkuestenklinikum.de
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie	http://www.westkuestenklinikum.de
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie	
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ	http://www.westkuestenklinikum.de
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	http://www.westkuestenklinikum.de
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	Kommentar / Erläuterung
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	http://www.westkuestenklinikum.de
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	http://www.westkuestenklinikum.de
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	http://www.westkuestenklinikum.de
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	Kommentar / Erläuterung
VU15	Dialyse	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Palliativmedizin

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2.590

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	177
2	I50	Herzschwäche	137
3	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	101
4	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	100
5	E86	Flüssigkeitsmangel	99
6	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	86
7	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	71
8	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD	63
9	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	55
10	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	52

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	503
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	443
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	261
4	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	160
5	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	121
6	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	94
7	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	53
8	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	48
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	46
10 – 1	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	34
10 – 2	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	34
10 – 3	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	34

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Nr.	Angeborene Leistung
LK15_2	Anlage 3 Nummer 1: 2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
LK15_4	Anlage 3 Nummer 1: 4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Nr.	Angebotene Leistung
LK15_5	Anlage 3 Nummer 1: 5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
LK15_6	Anlage 3 Nummer 1: 6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
LK15_10	Anlage 3 Nummer 1: 10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
LK29	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Privatambulanz (Chefarztambulanz)

Art der Ambulanz: Privatambulanz
 Erläuterung: ambulante Behandlung von Erkrankungen

3. Ambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

4. Ambulanz

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
LK15_2	Anlage 3 Nummer 1: 2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
LK15_3	Anlage 3 Nummer 1: 3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
LK15_4	Anlage 3 Nummer 1: 4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
LK15_5	Anlage 3 Nummer 1: 5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
LK15_10	Anlage 3 Nummer 1: 10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
LK15_11	Anlage 3 Nummer 1: 11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen

Nr.	Angebotene Leistung
LK29	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	369
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	290
3	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	263
4	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	199
5	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	126
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	53
7	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	21
8	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	20

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	11,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	28,63	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	28,63	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1,16	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	2,95	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,95	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	1,63	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,63	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	3,62	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,62	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,62	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	15,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	15,43	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ17	Pflege in der Rehabilitation
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP20	Palliative Care

B-2 Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name:	Abteilung für Chirurgie - Standort Brunsbüttel
Schlüssel:	Allgemeine Chirurgie (1590)
Art:	Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name:	Dr. med. Marc Olaf Liedke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt für Viszeral- Thorax- und Gefäßchirurgie
Telefon:	04852 / 980 - 6351
Telefax:	04852 / 980 - 6621
E-Mail:	info@wkk-bru.de
Straße:	Delbrückstr. 2
PLZ / Ort:	25541 Brunsbüttel

Name:	Dr. med. Schütz Stephan
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt für Orthopädie
Telefon:	04852 / 980 - 6351
Telefax:	04852 / 980 - 6621
E-Mail:	info@wkk-bru.de
Straße:	Delbrückstr. 2
PLZ / Ort:	25541 Brunsbüttel

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC18	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	sonographische/Doppler-/Duplex-sonographische Diagnostik, DSA/MRT-Angiographien (extern), Infusionstherapie
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	konservative Thromboserapien, stadiengerechte Krampfaderoperation, umfassende Ulcus- und Wundbehandlung inkl. Vakuumtherapie
VC20	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie	in Zusammenarbeit mit dem urologischen Belegarzt der Klinik
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie	Schilddrüsen-Operationen
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie	Dickdarm und Magen
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	laparoskopische Gallenblasenchirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie	Magen- und Dickdarntumore
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken	http://www.westkuestenklinikum.de
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Hüfte, Knie u. Schulter (nach Unfallverletzung und bei Gelenkverschleiß)
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	umfassend, mit allen Mitteln der modernen Wundtherapie
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie	http://www.westkuestenklinikum.de
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	http://www.westkuestenklinikum.de
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	http://www.westkuestenklinikum.de
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	http://www.westkuestenklinikum.de
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	auch unter Beratung mit Neurochirurgischen Fachärzten im Standort Heide
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	http://www.westkuestenklinikum.de
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	http://www.westkuestenklinikum.de
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	http://www.westkuestenklinikum.de
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	http://www.westkuestenklinikum.de
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	http://www.westkuestenklinikum.de
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	http://www.westkuestenklinikum.de
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	http://www.westkuestenklinikum.de
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	neurologische Konsiliarärztin in der Klinik angesiedelte Praxis 24h-CT-Verfügbarkeit
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Leistenbruch-OP, Adhäsio lysen, Gallenchirurgie, Appendektomie. Übernähung von Magenperforationen, Anus präter Anlage
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	Proktologie, Neurochirurgie, Handchirurgie, Indikationssprechstunde vor geplanten Operationen
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen	
VC00	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	Werktäglich von 08.30 Uhr - 12.30 Uhr
VC00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	Werktäglich von 08.30 Uhr - 12.30 Uhr
VC00	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	http://www.westkuestenkl nikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	http://www.westkuestenkl nikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC00	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und der Bewegungsorgane	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythem	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Duplexsonographie	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Konventionelle Röntgenaufnahmen	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Native Sonographie	http://www.westkuestenklinikum.de
VC00	Phlebographie	http://www.westkuestenklinikum.de

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie

B-2.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 792

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	84
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	75
3	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	73
4	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	67
5	S06	Verletzung des Schädelinneren	65
6	M54	Rückenschmerzen	34
7	S52	Knochenbruch des Unterarmes	25
8	M75	Schulterverletzung	24
9 – 1	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	20
9 – 2	L98	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut	20

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	167
2	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	97
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	91
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	88
5	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	76
6	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	37
7	5-805	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks	34
8 – 1	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	32
8 – 2	5-788	Operation an den Fußknochen	32
10 – 1	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	26
10 – 2	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	26

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Nr.	Angeborene Leistung
LK29	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

2. Ambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

3. Ambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

4. Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

5. Ambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

6. Ambulanz

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischen-scheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	44
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	29
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	27
4	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	22
5	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	16
6	5-841	Operation an den Bändern der Hand	15
7	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	14
8	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	13
9 – 1	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	12
9 – 2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	12

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	5,28
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,28
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,49
– davon ambulante Versorgungsformen	0,79
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,9
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,9
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,17
– davon ambulante Versorgungsformen	0,73

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF34	Proktologie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	5,2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,53	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,53	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,3	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,54	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,54	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,54	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	2,02	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,02	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,02	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP20	Palliative Care

B-3 Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Geriatrie - Standort Brunsbüttel
 Schlüssel: Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (0261)
 Geriatrie (0290)
 Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Christine Guzy
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin
 Telefon: 04852 / 980 - 6344
 Telefax: 04852 / 980 - 6378
 E-Mail: info@wkk-bru.de
 Straße: Delbrückstr. 2
 PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-3.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.
 Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 593

Teilstationäre Fallzahl: 104

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	46
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	37
3 – 1	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	28
3 – 2	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	28
5	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	24
6	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	21
7	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	20
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	18
9	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	17
10	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD	13

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	505
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	130
3	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	86
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	32
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	27
6	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	26

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7 – 1	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	19
7 – 2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	19
9	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	16
10	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	15

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1. Ambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	3,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl ¹
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF30	Palliativmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	10,49	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,49	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,49	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,73	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	4,76	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,76	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,76	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,38	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,38	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,38	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,11	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	3,27	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,27	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,27	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP20	Palliative Care

B-3.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	0,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

B-4 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin - Standort Brunsbüttel
Schlüssel: Intensivmedizin (3600)

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: PD Dr. med. Tilman von Spiegel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 04852 / 980 - 6451
Telefax: 04852 / 980 - 6619
E-Mail: info@wkk-bru.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Intensiv pflegerische Betreuung von Patienten auf der Intermediate Care (IMC)

B-4.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

2. Ambulanz

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

3. Ambulanz

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	5,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,03
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,03
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	16,58	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	16,58	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,65	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,65	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ12	Notfallpflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP29	Stroke Unit Care
ZP15	Stomamanagement

B-5 Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Standort Brunsbüttel

Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Anna Schulz-Du-Bois

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin

Telefon: 04852 / 980 - 6401

Telefax: 04852 / 980 - 6663

E-Mail: info@wkk-bru.de

Straße: Delbrückstr. 2

PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP16	Psychosomatische Tagesklinik

B-5.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 71

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1.074
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	35
3 – 1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	< 4
3 – 2	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
3 – 3	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	< 4
3 – 4	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	< 4

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	0,94
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,94
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,94
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,94
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,94
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,94
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger	2,25	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

B-5.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	0,92
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,92
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	0,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	0,42
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,42
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,42
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

B-6 Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel

B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Belegabteilung Urologie - Standort Brunsbüttel
Schlüssel: Urologie (2290)
Art: Belegabteilung

Belegärztinnen und Belegärzte

Name: Dr. Bernhard Mohr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Belegarzt
Telefon: 04852 / 980 - 0
Telefax: 04852 / 980 - 6225
E-Mail: praxis@urologie-brunsbuettel.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

Name: Dr. med. Igor Sonak
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Belegarzt
Telefon: 04852 / 980 - 0
Telefax: 04852 / 980 - 6225
E-Mail: praxis@urologie-brunsbuettel.de
Straße: Delbrückstr. 2
PLZ / Ort: 25541 Brunsbüttel

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG16	Urogynäkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU08	Kinderurologie
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialsprechstunde
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
VU00	Inkontinenzchirurgie

B-6.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 60

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C67	Harnblasenkrebs	34
2	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	10
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	5
4 – 1	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	< 4
4 – 2	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	< 4
4 – 3	C61	Prostatakrebs	< 4
4 – 4	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
4 – 5	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	< 4
4 – 6	N21	Stein in der Blase bzw. der Harnröhre	< 4
4 – 7	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	44
2	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	20
3 – 1	3-992	Anwendung bildgebender Verfahren während einer Operation	11
3 – 2	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	11
3 – 3	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	11
6	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	8
7 – 1	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	6
7 – 2	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	6
9	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10 – 1	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	< 4
10 – 2	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	< 4
10 – 3	5-600	Operativer Einschnitt in die Prostata	< 4
10 – 4	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
10 – 5	8-139	Sonstiger Eingriff an Niere, Harnleiter, Blase bzw. Harnröhre	< 4

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

	Anzahl ¹
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	2

¹ Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie

B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



Qualitätsicherung



QBX

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	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Herzschrittmacher-Implantation	8	100,00%	8
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	< 4		< 4
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	< 4		0
Karotis-Revaskularisation	< 4		< 4
Hüftgelenknahe Femurfraktur	10	100,00%	10
Dekubitusprophylaxe	100	100,00%	100
Herzchirurgie	< 4		< 4
– Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappen-eingriffe	< 4		< 4
Hüftendoprothesenversorgung	121	100,00%	121
– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	113	100,00%	113
– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	10	100,00%	10
Knieendoprothesenversorgung	94	100,00%	94
– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	87	100,00%	87
– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	7	100,00%	7
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	36	100,00%	40
Ambulant erworbene Pneumonie	106	100,00%	106

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,19 % 0,12 - 0,3	≤ 3,80 %	entf. entf.	N01 ○ entf.
<p>Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 113)	98,81 % 98,72 - 98,9	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
<p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	95,31 % 95,23 - 95,39	≥ 93,95 % (5. Perzentil)	100 % ○ 66,96 - 99,99	R10 ○ 6 / 6 (entf.)
<p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	64,25 % 64,05 - 64,45	≥ 40,97 % (5. Perzentil)	85,71 % ○ 49,92 - 98,41	R10 ○ 6 / 7 (entf.)
<p>Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 114)	0,94 0,92 - 0,97	≤ 1,14 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 114)	0,89 0,88 - 0,9	≤ 1,65 (95. Perzentil)	2,76 ☞ 1,3 - 5,21	R10 ○ 8 /21 (2,90)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 114)	0,9 0,89 - 0,91	≤ 1,50 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 2,79	R10 ○ 0 /6 (0,90)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	0,21 % 0,2 - 0,22	≤ 0,15 % (90. Perzentil)	entf. ☞ entf.	S99 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Die Einrichtung wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen.				
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	94,29 % 94,05 - 94,52	≥ 93,65 % (5. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	17,16 % 16,68 - 17,65	≤ 21,93 % (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	9,88 % 9,77 - 10	≤ 16,84 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0,01 - 33,04	R10 ○ 0 / 6 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	4,41 % 4,35 - 4,47	≤ 6,86 % (95. Perzentil)	entf. ☹ entf.	R10 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	76,37 % 75,91 - 76,83	≥ 67,57 % (5. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herz- kranzgefäße erhielten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	2,71 % 2,54 - 2,88	≤ 5,98 % (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter- untersuchung: Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	27,91 % 27,71 - 28,11	≤ 41,48 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachr. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: 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</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,91 % 0,84 - 0,98	≤ 2,60 %	0 % ○ 0 - 32,44	R10 ○ 0 / 8 (entf.)
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 115)	99,61 % 99,56 - 99,65	≥ 90,00 %	100 % ○ 67,56 - 100	R10 ○ 8 / 8 (entf.)
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 116)	88,55 % 88,34 - 88,76	≥ 60,00 %	75 % ○ 40,93 - 92,85	R10 ○ 6 / 8 (entf.)
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 117)	96,25 % 96,11 - 96,39	≥ 90,00 %	87,5 % ○ 52,91 - 97,76	S99 ○ 7 / 8 (entf.)
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Die Einrichtung wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen.</p>				
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	50,73 % 50,37 - 51,1	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren	Bund Ergebnis	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Vertrauens- bereich			
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 116)	95,12 % 95,03 - 95,2	≥ 90,00 %	100 % ○ 89,28 - 100	R10 ○ 32 /32 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 118)	0,87 0,84 - 0,9	≤ 3,11 (95. Perzentil)	3,44 ○ 0,98 - 8,14	U61 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: 1. Fall durch weniger erfahren Untersucher durchgeführt. 2. Fall schwierige Implantation - Fälle ausführlich begründet und plausibel.				
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	0,96 0,9 - 1,01	≤ 4,38 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 32,33	R10 ○ 0 /8 (0,08)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	1,28 % 1,2 - 1,37	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 - 32,44	R10 ○ 0 /8 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS ja / Hinweis 11 (S. 120)	0,99 0,87 - 1,12	≤ 6,34 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 114,78	R10 ○ 0 /8 (0,03)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 120)	0,99 0,96 - 1,03	≤ 2,69 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 12,02	R10 ○ 0 / 8 (0,31)
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: 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</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,87 % 0,75 - 1,01	≤ 2,50 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 12 (S. 121)	91,85 % 91,53 - 92,16	≥ 60,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 122)	97,72 % 97,5 - 97,92	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	50,74 % 50,03 - 51,46	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich³	Ergebnis⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung⁵ Beob. / Ges. (Erw.)⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	0,72 0,69 - 0,76	≤ 2,35 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 15,13	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	1,17 0,99 - 1,38	≤ 6,48 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 294,55	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 120)	1 0,82 - 1,2	≤ 5,03 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 120)	1 0,92 - 1,08	≤ 2,65 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,89 % 0,76 - 1,03	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen¹ / Fachr. Hinweis IQTIG²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich³	Ergebnis⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung⁵ Beob. / Ges. (Erw.)⁶
<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 14 (S. 123)	96,17 % 96,02 - 96,31	≥ 90,00 %	100 % ○ 51,01 - 100	R10 ○ 4 /4 (entf.)
<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	97,67 % 97,6 - 97,74	≥ 90,00 %	100 % ○ 96,03 - 100	R10 ○ 93 /93 (entf.)
<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	91,85 % 91,46 - 92,23	≥ 86,00 %	83,33 % ○ 43,65 - 96,99	U63 ○ 5 /6 (entf.)
<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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)</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	2,27 % 2,21 - 2,34	≤ 8,01 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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)</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	4,53 % 4,37 - 4,69	≤ 11,63 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	1,36 % 1,31 - 1,41	≤ 5,77 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	7,84 % 7,44 - 8,26	≤ 20,00 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	1,01 0,99 - 1,03	≤ 2,25 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 4,13	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	1,02 0,98 - 1,06	≤ 2,02 (95. Perzentil)	1,12 ○ 0,2 - 3,78	R10 ○ entf.
Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 124)	1,05 0,99 - 1,11	-	1,76 0,32 - 5,94	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 124)	1 0,95 - 1,05	-	0 0 - 7,95	- 0 / 5 (0,27)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,05 % 0,04 - 0,06	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U62 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 124)	1,07 1,04 - 1,1	-	0 0 - 7,84	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	1,02 1 - 1,04	≤ 2,42 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 5,16	R10 ○ 0 / 95 (0,72)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 114)	0,83 0,8 - 0,86	≤ 2,27 (95. Perzentil)	0,73 ○ 0,04 - 3,19	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	96,97 % 96,89 - 97,04	≥ 90,00 %	100 % ○ 95,19 - 100	R10 ○ 76 /76 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	9,27 % 9,06 - 9,49	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	U62 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	98,12 % 98,05 - 98,18	≥ 90,00 %	98,84 % ○ 93,7 - 99,79	R10 ○ 85 /86 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	92,44 % 91,95 - 92,89	≥ 86,00 %	80 % ○ 37,55 - 96,38	U62 ○ 4 /5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	97,42 % 97,22 - 97,61	≥ 90,00 %	entf. entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 114)	99,8 % 99,78 - 99,82	≥ 98,81 % (5. Perzentil)	100 % ○ 96,28 - 100	R10 ○ 95 /95 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich³	Ergebnis⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung⁵ Beob. / Ges. (Erw.)⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	1,02 % 0,98 - 1,07	≤ 4,26 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	3,33 % 3,02 - 3,66	≤ 11,32 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,88 % 0,84 - 0,93	≤ 3,71 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 4,28	R10 ○ 0 / 86 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: 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)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	4,18 % 3,84 - 4,55	≤ 14,11 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	1,13 1,06 - 1,21	≤ 5,19 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 7,27	R10 ○ 0 / 89 (0,51)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren	Bund Ergebnis	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴	Bewertung ⁵
Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Vertrauens- bereich		Vertrauens- bereich	Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,04 % 0,03 - 0,05	Sentinel Event	0 % ○ 0 - 4,87	R10 ○ 0 /75 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	16,84 % 16,67 - 17,01	-	14,29 % 8,54 - 22,92	- 13 /91 (entf.)
Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	18,28 % 18,14 - 18,43	-	17,86 % 11,87 - 25,98	- 20 /112 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 125)	93,08 % 92,95 - 93,21	≥ 90,00 %	92,5 % ○ 84,59 - 96,52	R10 ○ 74 /80 (entf.)
Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	92,65 % 92,52 - 92,78	-	92,86 % 85,28 - 96,69	- 78 /84 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	98,18 % 97,91 - 98,41	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	97,92 % 97,54 - 98,24	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	99,02 % 98,98 - 99,06	≥ 95,00 %	98,21 % ○ 93,72 - 99,51	R10 ○ 110 /112 (entf.)
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	98,89 % 98,84 - 98,94	-	98,9 % 94,04 - 99,81	- 90 /91 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	99,05 % 99,02 - 99,09	-	98,21 % 93,72 - 99,51	- 110 /112 (entf.)
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	98,93 % 98,88 - 98,98	-	98,9 % 94,04 - 99,81	- 90 /91 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	96,71 % 96,64 - 96,77	≥ 95,00 %	87,5 % ○ 80,11 - 92,41	U63 ○ 98 /112 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	96,57 % 96,49 - 96,66	-	86,81 % 78,35 - 92,29	- 79 /91 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	95,93 % 95,84 - 96,02	≥ 95,00 %	74,42 % ○ 64,29 - 82,46	U63 ○ 64 /86 (entf.)
Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	95,4 % 95,28 - 95,51	-	73,97 % 62,89 - 82,66	- 54 /73 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	92,79 % 92,65 - 92,93	≥ 90,00 %	92,73 % ○ 82,74 - 97,14	R10 ○ 51 /55 (entf.)
Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	93,14 % 92,97 - 93,31	-	90,91 % 78,84 - 96,41	- 40 /44 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	98,69 % 98,64 - 98,75	-	100 % 94,34 - 100	- 64 /64 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 17 (S. 125)	98,66 % 98,59 - 98,72	-	100 % 93,36 - 100	- 54 /54 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	0,97 0,96 - 0,99	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,94 ○ 0,41 - 2,08	R10 ○ 5 /81 (5,33)
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 124)	0,82 0,81 - 0,83	-	0,96 0,5 - 1,81	- 8 /98 (8,29)
Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde				
EKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 124)	0,66 0,65 - 0,67	-	1,01 0,35 - 2,35	- entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 112)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel Event	0 % ○ 0 - 0,1	R10 ○ 0 /4.012 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	0,01 % 0,01 - 0,01	-	0 % 0 - 0,1	- 0 /4.012 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: 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)</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 119)	1,18 1,17 - 1,19	≤ 2,68 (95. Perzentil)	1,46 ○ 1,01 - 2,13	R10 ○ 27 /4.012 (18,45)
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	0,36 % 0,36 - 0,37	-	0,62 % 0,42 - 0,92	- 25 /4.012 (entf.)
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 118)	0,07 % 0,06 - 0,07	-	entf. entf.	- entf.

¹ Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

² Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

👍 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich;

U61 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert);

U62 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Das abweichende

Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

U63 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig; DeQS: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme);

S99 = Sonstiges; DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert).

👍 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 1 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 2 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Ag-gregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 3 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Hinweis 4 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 5 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs150.

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 6 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, ei-nem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 7 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 8 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Hinweis 9 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 10 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Hinweis
11

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Hinweis
12

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Hinweis
13

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivas, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eu-ropean Heart Journal*43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

Hinweis
14

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 15 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Hinweis 16 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Hinweis 17 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Hinweis 18 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Leistungsbereich	Kommentar / Erläuterung
Brustkrebs	Für den Standort Heide im Medizinischen Versorgungszentrum

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	86

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	ja
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt	ja
Erbrachte Menge 2022	86
In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	87

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

	Anzahl¹
1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ² unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	24
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	17
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

¹ Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	BRUEBN1AUF	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Neurologische Schlaganfallereinheit	BRUEBN1IMC	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	4
Allgemeine Chirurgie	BRUEBN2 - Brunsbüttel Ebene 2	Tag	58,33 %	5
		Nacht	91,67 %	2
Innere Medizin	BRUEBN3 - Brunsbüttel Ebene 3	Tag	83,33 %	2
		Nacht	100 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Innere Medizin	BRUEBN1AUF	Tag	100 %
		Nacht	93,09 %
Neurologische Schlaganfallereinheit	BRUEBN1IMC	Tag	82,47 %
		Nacht	20,55 %
Allgemeine Chirurgie	BRUEBN2 - Brunsbüttel Ebene 2	Tag	54,52 %
		Nacht	71,78 %
Innere Medizin	BRUEBN3 - Brunsbüttel Ebene 3	Tag	71,23 %
		Nacht	94,25 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

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

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

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

Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Kommentar:

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Im Folgenden werden die Quartale jeweils nebeneinander dargestellt.

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Vollständige und fristgerechte Nachweisführung	ja	ja	ja	ja

C-9.3a Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie

Strukturangaben zur Einrichtung (C-9.3.1)

Regionale Pflichtversorgung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung	ja	ja	ja	ja

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche	nein	nein	nein	nein
Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste	nein	nein	nein	nein

Stationen

BRUTKPSY

Stationstyp: C = offene, nicht elektive Station

Behandlungsschwerpunkt: A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	0	0	0	0
Planplätze der teilstationären Versorgung	15	15	15	15

Behandlungsumfang (in Tagen) und Behandlungsbereiche

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	452	390	574	442
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0	59	34	28
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	29			

Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad sowie tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen (C-9.3.2/3)

In der Einrichtung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Einhaltung der Mindestvorgabe	nein	nein	nein	nein
Umsetzungsgrad	147,31 %	137,23 %	103,34 %	90,57 %

Nach Berufsgruppen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden)	183	171	231	231
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	233	218	270	272
Umsetzungsgrad	127,32 %	127,52 %	116,92 %	117,8 %
Pflegefachpersonen				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	nein
Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden)	526	501	672	672
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	908	597	793	608
Umsetzungsgrad	172,5 %	119,19 %	118,04 %	90,58 %
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	nein
Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden)	171	160	217	217
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	220	363	171	171
Umsetzungsgrad	128,54 %	226,84 %	78,62 %	78,62 %
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	nein
Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden)	280	262	356	356
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	458	446	354	323

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Umsetzungsgrad	163,55 %	170,61 %	99,41 %	90,95 %
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	nein	nein	nein	nein
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	27	27	35	35
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	0	0	0	0
Umsetzungsgrad	0 %	0 %	0 %	0 %
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen				
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	nein	nein	nein	nein
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	111	100	136	136
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	94	51	115	117
Umsetzungsgrad	84,67 %	51,1 %	84,33 %	85,97 %

Ausnahmetatbestände

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Ausnahmetatbestand 1: Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 2: Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 3: Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	nein	nein	nein	nein

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.



erstellt mit QBX 2022