

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2023

AUGUST-BIER-KLINIK, Fachklinik für Neurologie, Neurotraumatologie und Rehabilitation

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.12 am 05.02.2025 um 08:17 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	14
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	14
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-12.1 Qualitätsmanagement	18
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	18
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	20
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	21
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	22
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	25
A-13 Besondere apparative Ausstattung	25
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	26
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	26
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	26
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	27
B-[1].1 Neurologie	27
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	27
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	29
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	34
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	34
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	34
B-[1].11 Personelle Ausstattung	35
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	35
B-11.2 Pflegepersonal	35
Teil C - Qualitätssicherung	38
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	38
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]	42
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	62
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	62
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	63
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	63
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	63
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	63
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	63
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	64
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	64

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Myriam Ulverich
Position	Qualitätsmanagement
Telefon	04523 / 405 - 587
Fax	04523 / 405 - 100
E-Mail	m.ulverich@august-bier-klinik.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Bianca Neysters
Position	Verwaltungsleiterin
Telefon	04523 / 405 - 0
Fax	04523 / 405 - 100
E-Mail	neysters@august-bier-klinik.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.august-bier-klinik.de
URL für weitere Informationen	http://www.august-bier-klinik.de/infocenter/
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ https://august-bier-klinik.de/wp-content/uploads/2013/03/abk_kraftfahreignung-flyer.pdf (Fahreignungsdiagnostik)◦ http://www.august-bier-klinik.de/wp-content/uploads/2013/03/abk_laz-flyer.pdf (Landes-Aphasie-Zentrum Schleswig-Holstein)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	AUGUST-BIER-KLINIK - Neurologie und Rehabilitation
Institutionskennzeichen	260100706
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772843000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Diekseepromenade 7-11 23714 Bad Malente-Gremsmühlen
Postanschrift	Diekseepromenade 7-11 23714 Bad Malente-Gremsmühlen
Telefon	04523 / 405 - 0
E-Mail	info@august-bier-klinik.de
Internet	http://www.august-bier-klinik.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Jos S. Becktepe	Chefarzt	04523 / 405 - 110	04523 / 405 - 410	becktepe@august-bier-klinik.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Alexandra Boldt	Pflegedienstleitung	04523 / 405 - 520	04523 / 04523 - 100	a.boldt@august-bier-klinik.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Bianca Neysters	Verwaltungsleiterin	04523 / 405 - 0	04523 / 405 - 100	neysters@august-bier-klinik.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	AUGUST-BIER-KLINIK, Fachklinik für Neurologie, Neurotraumatologie und Rehabilitation
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Universität zu Lübeck

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Regelmäßige Gesundheitsvorträge zu neurologischen Themen; Zusammenarbeit mit dem Schlaganfallring S.-H.; Landes-Aphasie-Zentrum an der Klinik ansässig.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Speziell geschultes Personal, Diabetesmanagement, Beratung, Informationsmaterial
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bereichspflege
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Extern
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	U.a. Psychologischer Fahreignungstest
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	Speziell geschultes Personal
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	Stomatherapeut/in
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	Speziell geschultes Personal
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Beispielsweise mit der Parkinson-Selbsthilfegruppe der Region
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP57	Biofeedback-Therapie	Sensorengestützter Armtrainer für ein dreidimensionales Training. Die Bewegungsabläufe werden mittels des Sensorensystems per Monitor dargestellt.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Z.B. Gesundheitsvorträge, Gesundheitsberatung; Homepage; Informationsmaterial
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Wahlleistung
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		Bei Wahlleistung "Ein-/Zwei-Bett-Zimmer" mit Seeblick
NM40	Empfangs- und Begleitservice für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Bei Wahlleistung "Ein-/Zwei-Bett-Zimmer", während des gesamten Aufenthalts; unterstützt der Patientenbegleitservice die Patienten/innen.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Regelmäßige Gottesdienste, Einzelgespräche
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Regelmäßige Angebote; auch für Angehörige
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Das "Landes-Aphasia-Zentrum Schleswig-Holstein" und das "Concussion Center Schleswig-Holstein" sind der Klinik angegliedert.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Die Küche der AUGUST-BIER-KLINIK bereitet täglich abwechslungsreiche, schmackhafte und bekömmliche Speisen an. Die Gerichte werden täglich frisch zubereitet und in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Logopäden und unter Einbezug der Patienten/innenwünsche entsprechend des Krankheitsbildes abgewandelt.
NM68	Abschiedsraum		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Informationsmaterial wird im Rahmen des Aufnahmemanagements dem/der Patienten/in sowie bei Bedarf den Angehörigen ausgehändigt.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	"SBB" Schwerbehindertenbeauftragte/r
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Inklusion und Barrierefreiheit/Interessenvertretung und Beratung
Telefon	04523 / 405 - 0
Fax	04523 / 405 - 100
E-Mail	Schwerbehindertenbeauftragte@august-bier-klinik.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Patientenbegleitservice
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Patientenbegleitservice, Seelsorger/in
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Patientenbegleitservice; therapeutische Bereiche mit Fotos der dort arbeitenden Therapeuten gekennzeichnet; Wegeleitsystem mit Symbolen
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	Gesundheitsvorträge, Diätassistent/in, Küche passt täglich die Mahlzeiten der Patienten an, Einzelberatungen
BF25	Dolmetscherdienste	Dolmetscher-App; Fremdsprachenliste
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Dolmetscher-App zur zusätzlichen Unterstützung im Einsatz
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF38	Kommunikationshilfen	z.B. Kommunikationstafeln, Pictocom, Dolmetscher-App
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Chefarzt ist regelhaft an der CAU Kiel wissenschaftlich tätig,; leitet eigene AG.
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB12	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	MFA
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	Ausbildungsplätze auch für Altenpfleger/innen und Altenpflegehelfer/innen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	51
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	656
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	7,88	1 Arzt ist Diplompsychologe, 5 Ärzte besitzen das Fortbildungszertifikat, 4 Ärzte befindet sich in der WB zum Facharzt (3 FA für Neurologie, 1 FA für Psychiatrie und Psychotherapie)
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	7,88	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,70	4 Ärzte sind Facharzt für Neurologie, 1 Ärztin ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,70	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,70	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	19,22
----------------------------	-------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,97
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	19,22

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	13,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,24
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	13,74

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,49

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,06
----------------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,11
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,06

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,30
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,30

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	8,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,69
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	8,26

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
----------------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,51

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen	
-----------------	--

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	3,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,78
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker (SP14)
Anzahl Vollkräfte	2,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,42
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/ Medizinischer Bademeister (SP15)
Anzahl Vollkräfte	0,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,86
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	8,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	8,81
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	1,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,31
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	4,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	21,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	21,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater (SP35)
Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	0,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,09
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe (SP57)
Anzahl Vollkräfte	0,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,20
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation (SP60)
Anzahl Vollkräfte	20,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	20,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61)
Anzahl Vollkräfte	24,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	24,00
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Bianca Neysters
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiterin
Telefon	04523 405 0
Fax	04523 405 100
E-Mail	neysters@august-bier-klinik.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Chefarzt/Chefärztin, Qualitätsbeauftragte/r.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Jos S. Becktepe
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	04523 405 110
Fax	04523 405 100
E-Mail	becktepe@august-bier-klinik.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärzteamt, Physiotherapie und Pflegedienst
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	QM-Konzept; Konzept für das Critical Incidents Reporting System (CIRS), Risikomanagement in der AUGUST-BIER-KLINIK. 2024-08-30
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Notfall-Management-System, inklusive mitgeltender Informationen 2024-05-15
RM05	Schmerzmanagement	Verfahrensrichtlinie Schmerzmanagement; inklusive mitgeltender Informationen 2024-01-17

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM06	Sturzprophylaxe	Konzept zur Sturzprophylaxe und Sturzmanagement, inklusive mitgeltender Informationen 2024-04-18
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Dekubitusprophylaxe 2024-10-24
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Regelungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen 2024-10-23
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Konzept Medizinprodukte 2024-07-05
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere Teambesprechung, Frühbesprechung, Fallbesprechung "Sturz", Fallbesprechung "Wunde"
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Vorbereitung und Nachsorge bei Neuanlage einer PEG 2024-10-23
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassmanagement 2024-06-04

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	wöchentlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Verfahrensrichtlinie (MM) mit entsprechender Nachweisdokumentation zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor.

Einrichtunginterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtung internes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2024-10-23
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	jährlich

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Externe Krankenhaushygieniker/in
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	Externe Hygienefachkraft
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Zusätzlich zur Hygienebeauftragten in der Pflege sind "Hygienebereichsbeauftragte" in den pflegerischen, therapeutischen und hauswirtschaftlichen Bereichen geschult, benannt, ausgewiesen und im Einsatz.
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Jos S. Becktepe
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	04523 405 110
Fax	04523 405 410
E-Mail	becktepe@august-bier-klinik.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	32,7 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Gold	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Ein bereichsübergreifendes Gremium "Meinungsmanagement" tagt regelmäßig.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von zwei Werktagen.

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Konzeptionell sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten benannt; auf der Klinik-Homepage ist die Kontaktadresse (Mail), der/die Ansprechpartner/in ausgewiesen und ein Kontaktformular hinterlegt.
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	s. Patientenfürsprecher
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Manuell sowie digital ist eine anonyme Beschwerde/Meinung möglich. https://www.august-bier-klinik.de/kontakt-aufnahme/ihre-meinung
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Es werden verschiedene Instrumente der Patientenbefragungen regelhaft angewendet.
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Alexandra Boldt	Meinungsmanagement	04523 405 0	04523 405 100	meinungsmanagement@august-bier-klinik.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Peter Schildwächter	Patientenombudsverein S.-H. e.V.	0151 16521166	04551 803421	info@patientenombudsmann.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – Arzneimittelkommission
---	-----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Jos S. Becktepe
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	04523 405 110
Fax	04523 405 410
E-Mail	becktepe@august-bier-klinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1

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: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Diese Dokumentation findet im KIS statt. 2024-10-10	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Konzept Arzneimittelorganisation 2024-10-24	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Gute Verordnungspraxis 2024-08-27	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Bestellung	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Feststehender TOP im Ärzteteam "Arzneimittel"; Frühbesprechung; Visiten	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Arzneimittelmitgabe in Form von vorgerichteten Medikamenten (Tag/Tageszeit)	

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

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/ DSA(X)		Ja	
AA08	Computertomograph (CT) (X)		Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)		Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP		keine Angabe erforderlich	2 Messplätze stehen zur Verfügung; MEP steht auch zur Verfügung

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall.

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

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

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

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

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Neurologie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Neurologie
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Jos S. Becktepe
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	04523 / 405 - 110
Fax	04523 / 405 - 410
E-Mail	becktepe@august-bier-klinik.de
Strasse / Hausnummer	Diekseepromenade 7-11
PLZ / Ort	23714 Bad Malente-Gremsmühlen
URL	https://august-bier-klinik.de/

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	Keine Zielvereinbarungen getroffen
Kommentar/Erläuterung	

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN00	Botox-Therapie	
VN00	Computertomographie (CT)	
VN00	Fahreignungsdiagnostik	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	Multimodale und interdisziplinäre Versorgung schwerstbetroffener, neurologischer, neurotraumatologischer und neuropsychologischer Patienten
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VX00	Long-COVID/Post-COVID	Stationäre Akutbehandlung und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei neurologischen Folgebeeinträchtigungen nach einer akuten COVID-19-Infektion

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	656
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I63.4	136	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
I63.5	44	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I63.3	34	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
I61.0	29	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal
G35.11	28	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	23	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G20.11	20	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G91.20	16	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus
G20.10	14	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G62.88	13	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
S06.5	10	Traumatische subdurale Blutung
G35.21	9	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.0	8	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
I61.1	8	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal
I63.0	8	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
G35.30	7	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G62.80	7	Critical-illness-Polyneuropathie
G30.1	6	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
S06.6	6	Traumatische subarachnoidale Blutung
A69.2	5	Lyme-Krankheit
D32.0	5	Gutartige Neubildung: Hirnhäute
F03	5	Nicht näher bezeichnete Demenz
F06.7	5	Leichte kognitive Störung
G20.21	5	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G30.0	5	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
I63.1	5	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
G93.2	4	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]
G95.18	4	Sonstige vaskuläre Myelopathien
I61.3	4	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I61.4	4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
I63.8	4	Sonstiger Hirnfarkt
S06.4	4	Epidurale Blutung
C71.1	< 4	Bösartige Neubildung: Frontallappen
G04.8	< 4	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
G21.4	< 4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom
G35.10	< 4	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G40.2	< 4	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	< 4	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G62.9	< 4	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
I60.2	< 4	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend
I61.2	< 4	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
I63.2	< 4	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J12.8	< 4	Pneumonie durch sonstige Viren
R20.1	< 4	Hypästhesie der Haut
R26.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
S06.8	< 4	Sonstige intrakranielle Verletzungen
S22.04	< 4	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8
Z03.3	< 4	Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Krankheit
Z13.8	< 4	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Störungen
B00.4	< 4	Enzephalitis durch Herpesviren
F48.0	< 4	Neurasthenie
G20.00	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfuktuation
G23.1	< 4	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]
G25.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G35.20	< 4	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G61.0	< 4	Guillain-Barré-Syndrom
H46	< 4	Neuritis nervi optici
H81.1	< 4	Benigner paroxysmaler Schwindel
I63.9	< 4	Hirinfarkt, nicht näher bezeichnet
I65.1	< 4	Verschluss und Stenose der A. basilaris
I67.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten
M46.46	< 4	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
R20.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut
R25.3	< 4	Faszikulation
R41.3	< 4	Sonstige Amnesie
R41.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
R51	< 4	Kopfschmerz
S06.9	< 4	Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet
S22.06	< 4	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12
S32.04	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L4
S34.11	< 4	Inkomplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
A08.1	< 4	Akute Gastroenteritis durch Norovirus
B02.2	< 4	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems
C71.9	< 4	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
C79.3	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
D33.3	< 4	Gutartige Neubildung: Hirnnerven
D44.3	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Hypophyse
D44.4	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ductus craniopharyngealis
D68.6	< 4	Sonstige Thrombophilien
D70.19	< 4	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet
E51.2	< 4	Wernicke-Enzephalopathie
E83.58	< 4	Sonstige Störungen des Kalziumstoffwechsels
F06.9	< 4	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F20.8	< 4	Sonstige Schizophrenie
F33.9	< 4	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
G00.1	< 4	Pneumokokkenmeningitis
G03.9	< 4	Meningitis, nicht näher bezeichnet
G04.9	< 4	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
G12.2	< 4	Motoneuron-Krankheit
G20.01	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfuktuation

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G20.90	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G21.8	< 4	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
G23.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien
G31.82	< 4	Lewy-Körper-Krankheit
G37.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40.1	< 4	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.8	< 4	Sonstige Epilepsien
G41.2	< 4	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen
G45.42	< 4	Transiente globale Amnesie [amnestiche Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G47.4	< 4	Narkolepsie und Kataplexie
G50.8	< 4	Sonstige Krankheiten des N. trigeminus
G51.0	< 4	Fazialisparese
G52.3	< 4	Krankheiten des N. hypoglossus [XII. Hirnnerv]
G56.2	< 4	Läsion des N. ulnaris
G61.8	< 4	Sonstige Polyneuritiden
G70.0	< 4	Myasthenia gravis
G72.80	< 4	Critical-illness-Myopathie
G80.1	< 4	Spastische diplegische Zerebralparese
G82.13	< 4	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.29	< 4	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.53	< 4	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G83.1	< 4	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
G91.21	< 4	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus
G91.29	< 4	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G92.9	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete toxische Enzephalopathie
G93.1	< 4	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.6	< 4	Hirnödem
G96.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Zentralnervensystems
H49.1	< 4	Lähmung des N. trochlearis [IV. Hirnnerv]
H49.2	< 4	Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv]
H53.4	< 4	Gesichtsfelddefekte
H53.8	< 4	Sonstige Sehstörungen
I60.7	< 4	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend
I60.8	< 4	Sonstige Subarachnoidalblutung
I60.9	< 4	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet
I61.5	< 4	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I64	< 4	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I65.3	< 4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien
I67.3	< 4	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie
I67.6	< 4	Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems
I74.3	< 4	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten
J69.0	< 4	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
L03.10	< 4	Phlegmone an der oberen Extremität
M48.02	< 4	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich
M48.50	< 4	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M50.0	< 4	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie
N30.8	< 4	Sonstige Zystitis
R13.0	< 4	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
R20.2	< 4	Parästhesie der Haut

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R42	< 4	Schwindel und Taumel
R47.1	< 4	Dysarthrie und Anarthrie
R55	< 4	Synkope und Kollaps
R90.0	< 4	Intrakranielle Raumforderung
S06.34	< 4	Umschriebenes zerebellares Hämatom
S12.23	< 4	Fraktur des 5. Halswirbels
S32.01	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L1
T42.1	< 4	Vergiftung: Iminostilbene

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-207.0	570	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)
8-552.7	177	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
3-200	157	Native Computertomographie des Schädels
1-208.2	154	Registrierung evozierter Potenziale: Somatosensorisch [SSEP]
1-208.6	143	Registrierung evozierter Potenziale: Visuell [VEP]
1-208.0	123	Registrierung evozierter Potenziale: Akustisch [AEP]
1-204.2	99	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
8-552.6	68	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
9-984.8	60	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
1-613	59	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
8-559.40	49	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-547.30	44	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös
3-800	43	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
8-97d.1	36	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-552.8	34	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
1-206	32	Neurographie
5-431.20	25	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode
8-390.1	24	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage
8-552.0	23	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
1-205	22	Elektromyographie [EMG]
8-552.5	19	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
9-984.7	17	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
8-151.4	15	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion
9-984.9	14	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
3-820	12	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-802	10	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
1-204.0	9	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des Hirndruckes
1-208.4	7	Registrierung evozierter Potenziale: Motorisch [MEP]
1-632.0	6	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
3-823	5	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
1-204.1	4	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-638.2	4	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: Diagnostische Gastroskopie
3-052	4	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8-552.9	4	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage
9-984.6	4	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.a	4	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
8-133.0	< 4	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel
8-559.50	< 4	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
3-203	< 4	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-801	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Halses
3-806	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
8-123.1	< 4	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung
8-559.60	< 4	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-800.c0	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
8-972.1	< 4	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-97d.2	< 4	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 21 Behandlungstage
9-984.b	< 4	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
1-207.2	< 4	Elektroenzephalographie [EEG]: Video-EEG (10-20-System)
1-440.9	< 4	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
1-631.0	< 4	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs
1-661	< 4	Diagnostische Urethrozystoskopie
3-202	< 4	Native Computertomographie des Thorax
3-821	< 4	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
5-431.2x	< 4	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Sonstige
6-006.2a	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateron, oral: 33.000 mg bis unter 36.000 mg
8-132.2	< 4	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend
8-132.3	< 4	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich
8-559.30	< 4	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.70	< 4	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-831.00	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd
8-972.0	< 4	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-972.2	< 4	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 21 Behandlungstage
8-97d.0	< 4	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-98g.10	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie und Fahreignungsdiagnostik		

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,88	1 Arzt ist Diplompsychologe, 5 Ärzte besitzen das Fortbildungszertifikat, 4 Ärzte befindet sich in der WB zum Facharzt (3 FA für Neurologie, 1 FA für Psychiatrie und Psychotherapie)
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	7,88	
Fälle je VK/Person	83,24873	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2,70	4 Ärzte sind Facharzt für Neurologie, 1 Ärztin ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,70	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,70	
Fälle je VK/Person	242,96296	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	4 Ärzte
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	1 Ärztin
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	3 Ärzte

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	19,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,97
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	19,22
Fälle je VK/Person	34,13111

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	13,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,24
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	13,74
Fälle je VK/Person	47,74381

Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Anzahl Vollkräfte	0,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,49
Fälle je VK/Person	1338,77551

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	1,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,11
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,06
Fälle je VK/Person	618,86792

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,30
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,30
Fälle je VK/Person	198,78787

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	8,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,69
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	8,26

Fälle je VK/Person	79,41888
--------------------	----------

Hebammen und Entbindungspfleger

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,51
Fälle je VK/Person	1286,27450

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50
--	-------

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	1 Bachelor Pflegemanagement
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	1
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	5
PQ13	Hygienefachkraft	1 EXTERN
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	5
PQ20	Praxisanleitung	6
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	15 Grundkurs, 5 Aufbaukurs
ZP02	Bobath	20 Grundkurs, 1 Aufbaukurs
ZP03	Diabetes	3 Diabetes-Fachkraft DDG
ZP08	Kinästhetik	22 Grundkurs, 2 Aufbaukurs
ZP13	Qualitätsmanagement	1 Qualitätsbeauftragte in der Pflege
ZP14	Schmerzmanagement	4 Pain Nurse
ZP15	Stomamanagement	1 Stomatherapeut/in
ZP16	Wundmanagement	4 Wundexperte/-in nach ICW
ZP18	Dekubitusmanagement	4
ZP20	Palliative Care	2 Zertifizierter Palliativbegleiter/in

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation [09/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation [09/4]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel [09/5]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation [09/6]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Karotis-Revaskularisation [10/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Gynäkologische Operationen [15/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Geburtshilfe [16/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftgelenknahe Femurfraktur [17/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Mammachirurgie [18/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Cholezystektomie [CHE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Dekubitusprophylaxe [DEK]	36	100	36		
Herzchirurgie [HCH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offene chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Zähleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen [HCH_KC]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zähleistungsbereich Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zähleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftendoprothesenversorgung [HEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme [HTXM]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zähleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen [HTXM_MKU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zähleistungsbereich Herztransplantation [HTXM_TX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Knieendoprothesenversorgung [KEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Leberlebendspende [LLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Lebertransplantation [LTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Neonatologie [NEO]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Nierenlebendspende [NLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU]	Datenschutz	Datenschutz	Datenschutz		
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]

Qualitätsindikator	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) 2006
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,95 % - 99,02 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,84 % - 98,27 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232008_231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	14,90 % - 15,17 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

231900

Sortierung

1

Qualitätsindikator
Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID
50722

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden

DeQS

Regelungen des G-BA

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

96,49 %

Referenzbereich (bundesweit)

 $\geq 95,00$ %

Vertrauensbereich (bundesweit)

96,43 % - 96,55 %

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Datenschutz

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ 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/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232009_50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,34 % - 96,48 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr
 Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

50722

Sortierung

1

Qualitätsindikator

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID
232000_2005

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,92 %

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,88 % - 98,96 %

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Datenschutz

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2005

Sortierung

1

Qualitätsindikator

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). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID
232001_2006

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

EKEz

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,96 %

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,92 % - 99,00 %

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Datenschutz

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2006

Sortierung

1

Qualitätsindikator
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen 2005
Kennzahl-ID

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,94 %

Referenzbereich (bundesweit)

>= 95,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,91 % - 98,98 %

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Datenschutz

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

S99

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ 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/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Die Einrichtung wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen.

Qualitätsindikator	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Kennzahl-ID	231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,76 % - 16,00 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232002_2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,73 % - 98,22 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2007

Sortierung

1

Qualitätsindikator
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).
Kennzahl-ID
50778

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,90

Referenzbereich (bundesweit)

≤ 1,69 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,89 - 0,91

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Datenschutz

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ 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/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Kennzahl-ID	232007_50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	EKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,91
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,93
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse 50778

Sortierung 1

Qualitätsindikator
Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID
232010_50778

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden

DeQS

Regelungen des G-BA

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,85

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,87
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 sind unter folgendem Link zu finden: 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	50778
Sortierung	2

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	655 / 5 / 4,37
Rechnerisches Ergebnis	1,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,49 - 2,66
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ 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/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	52326
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,37 % - 0,37 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	655 / 4
Rechnerisches Ergebnis	0,61 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,24 % - 1,56 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	521801
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 % - 0,06 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Kennzahl-ID	521800

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	655 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,58 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	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) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
---------------------------	---

Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00 %
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	655 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,58 %
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	4
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	4
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

(* 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 im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Neurologie	Neurologie	Neurologie (Etage 3)	Nacht	100,00	0	Belegung der Station erst ab dem 09.01.2023; Station ab 22.12.2023 geschlossen
Neurologie	Neurologie	Neurologie (Etage 3)	Tag	100,00	0	Belegung der Station erst ab dem 09.01.2023; Station ab 22.12.2023 geschlossen
Neurologie, Neurologische Frührehabilitation	Neurologische Frührehabilitation	Frührehabilitation (Etage 1 und 2)	Nacht	100,00	0	
Neurologie, Neurologische Frührehabilitation	Neurologische Frührehabilitation	Frührehabilitation (Etage 1 und 2)	Tag	100,00	0	

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Neurologie	Neurologie	Neurologie (Etage 3)	Tag	59,77	Belegung der Station erst ab dem 09.01.2023; Station ab 22.12.2023 geschlossen
Neurologie	Neurologie	Neurologie (Etage 3)	Nacht	70,03	Belegung der Station erst ab dem 09.01.2023; Station ab 22.12.2023 geschlossen
Neurologie, Neurologische Frührehabilitation	Neurologische Frührehabilitation	Frührehabilitation (Etage 1 und 2)	Tag	57,26	
Neurologie, Neurologische Frührehabilitation	Neurologische Frührehabilitation	Frührehabilitation (Etage 1 und 2)	Nacht	42,74	

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

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt