LUBINUS
Sankt Elisabeth
Krankenhaus Kiel

Strukturierter Qualitätsbericht 2019

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

Ein Unternehmen der Lubinus-Stiftung

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort		1
Einleitung		3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-0	Fachabteilungen	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	31
B-[1]	Allgemeine Chirurgie	31
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	31

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 31

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 31

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 32

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 33

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 33

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 34

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 35

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 37

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 37

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 37

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 38

B-[1].11 Personelle Ausstattung 38

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 38

B-[1].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 38

B-[1].11.1 Zusatzweiterbildung 39

B-[1].11.2 Pflegepersonal 39

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 41

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 41

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 41

B-[2] Orthopädie / Schwerpunkt Fußchirurgie 41

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 41

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel 41

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 42

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 42

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 42

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 43

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD 43

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 44

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 45

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 46

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 47

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 47

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 47

B-[2].11 Personelle Ausstattung 48

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen 48

B-[2].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 48

B-[2].11.1 Zusatzweiterbildung 48

B-[2].11.2 Pflegepersonal 49

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 50

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 50

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 51

B-[3] Orthopädie / Belegabteilung 51

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 51

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel 51

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 51

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 52

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 52

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 53

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD 53

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 54

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 54

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 56

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 57

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 57

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 57

B-[3].11 Personelle Ausstattung 57

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen 57

B-[3].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 57

B-[3].11.1 Zusatzweiterbildung 57

B-[3].11.2 Pflegepersonal 58

B-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 60

B-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 60

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 60

B-[4] Anästhesie 60

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 60

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel 60

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 61

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 61

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 61

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 61

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD 62

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 62

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 62

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 62

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 62

B-[4].11 Personelle Ausstattung 62

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen 62

B-[4].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 62

B-[4].11.1 Zusatzweiterbildung 63

B-[4].11.2 Pflegepersonal 63

B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 63

B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 64

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 64

C Qualitätssicherung 65

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 65

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 92

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 92

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 93

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge 93

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 93

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 94

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 94

Vorwort

Wir stehen für gute medizinische Versorgung und perfekte Pflege

Liebe Leserin, lieber Leser,
wir freuen uns sehr, dass Sie uns auf unseren Seiten besuchen und heißen Sie herzlich willkommen. Die regelmäßigen Leser unseres Qualitätsberichtes wissen, dass dieser ein wichtiger Indikator für die Leistungsfähigkeit unseres Hauses ist und die Patientinnen und Patienten sowie Medizininteressierten über unser medizinisches Können und die Pflege informieren soll. Unser Ziel ist es, viele Ihrer Fragen auf diesem Wege zu beantworten.
Unser Haus hat als Belegarztklinik eine Menge zu bieten und wir freuen uns, Ihnen unser Können auf diesen Seiten präsentieren zu dürfen.
Seit 1958 führt das Krankenhaus den Namen Sankt Elisabeth Krankenhaus deren Namenspatronin "die Heilige Elisabeth von Thüringen" war.
Die Heilige Elisabeth ist auch heute noch, nach über 800 Jahren ihres Wirkens für Kranke und Bedürftige, Vorbild für viele Menschen. Ihr wichtigstes Lebensmotto war der Ausspruch: "Wir müssen die Menschen froh machen". Ein hoher Anspruch, den die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch heute noch aus Überzeugung leben und das, obwohl die beiden Ordensfrauen aus Altersgründen das Krankenhaus verlassen haben. Die abendlichen Andachten und seelsorgerischen Gespräche waren ein ansprechendes Angebot für viele, die sich dafür interessierten. Die Tradition soll unter entsprechender Begleitung fortgesetzt werden.
Seit 2012 gehört das Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel, wie auch das Lubinus Clinicum am Steenbeker Weg, zur Lubinus-Stiftung.

Viele wissen vielleicht nicht, dass das Sankt Elisabeth Krankenhaus in Kiel auf eine lange Tradition zurückblicken kann. Im diesem Jahr wäre der 135. Geburtstag im gebührenden Rahmen gefeiert worden, wenn nicht die Corona-Pandemie den Klinikverantwortlichen einen Strich durch die Rechnung gemacht hätte. Und viele wissen vielleicht auch nicht, dass der Gründer des Krankenhauses, Dr. Gustav Adolf Neuber, als der Schöpfer der Asepsis gilt. Der Mediziner war der erste weltweit, der sein

Krankenhaus am Königsweg in Kiel vor 135 Jahren so umgebaut hat, dass erstmals eine mikrobielle Kontamination von Materialien und Wunden verringert werden konnte. Das hat bei vielen Kranken den Heilungsprozess beschleunigt und die Todesrate bei den Patientinnen und Patienten verringert.

Unser Belegkrankenhaus genießt nach wie vor einen hervorragenden Ruf. Wir freuen uns darüber, dass sich die Patientinnen und Patienten auf uns verlassen und zu uns kommen, wie die anonymen Patientenbefragungen verschiedener Krankenkassen belegen. Eine neueste Studie bestätigt, dass unser Sankt Elisabeth Krankenhaus, wie auch das zur Stiftung gehörende Lubinus Clinicum, bundesweit Spitzenplätze belegen. Im Landesvergleich gehören beide Kliniken zu den ganz wenigen medizinischen Einrichtungen, die in ihrer jeweiligen Kategorie in Medizin und Pflege höchste Qualitätsstandards erfüllen.
Herausgearbeitet hat dies das F. A. Z.-Institut und das Institut für Management- und Wirtschaftsforschung (IMWF) in Hamburg. Dafür haben die Wissenschaftler 2200 Kliniken akribisch unter die Lupe genommen.
Die Institute haben sich mit der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser beschäftigt und nun schon zum dritten Mal die Studie "Deutschlands beste Krankenhäuser" veröffentlicht.
So wurden die subjektiven Einschätzungen der Bewertungsportale mit den objektiven Kriterien der Qualitätsberichte abgeglichen. Dadurch bietet die Studie einen einzigartigen Überblick über die deutsche Krankenhauslandschaft. Zur Begutachtung wurden rund 2.300 Qualitätsberichte verwendet und mit den Daten aus Bewertungsportalen und Patientenbefragungen vom Februar 2020 kombiniert. Eine der beiden dabei verwendeten Quellen ist die gemeinsame Patientenbefragung der "Weißen Liste" - ein Projekt der Bertelsmann Stiftung -, an der die AOKs, die Barmer Ersatzkasse und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) beteiligt sind. Die zweite Quelle für subjektive Bewertungen ist das Portal "Klinikbewertungen.de", das anonymisierte Patientenbewertungen zu Krankenhäusern und Kliniken sammelt und veröffentlicht. Wissenschaftlich begleitet hat die Studie Arne Westermann, Professor für Communications und Marketing an der International School of Management (ISM) in Dortmund.

Wir berichten das nicht ohne Stolz und sehen gleichzeitig für uns die Verpflichtung, die Qualität unserer Leistungen im Bereich Medizin und Pflege auf höchstem Niveau zu halten.

Überzeugen wir Sie auf den nächsten Seiten des Berichtes von der Qualität der Leistungen unseres Hauses.
Wir möchten Ihnen zeigen, was die ca. 80 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität leisten. So werden jährlich ca. 2.810 und 800 ambulante Patientinnen und Patienten versorgt.
Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege betrachten unsere Patienten ganzheitlich und stellen sich auf die individuellen Bedürfnisse ein. Im täglichen Feedback, das wir im Rahmen der Patientenkommunikation erhalten, bestätigen viele Patienten immer wieder ihre Zufriedenheit mit der Versorgung in unserem Krankenhaus.
43 sogenannte Planbetten bietet das Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel. Diese stehen den 29 Belegärzten und der Hauptabteilung Fußchirurgie zur stationären Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Verwaltungsleitung Manfred Volmer, Kaufmännischer Vorstand
Telefon:	0431 388 8121
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	m.volmer@lubinus-stiftung.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Betriebsw. (FH) Silke Mühle-Peters, Stabsstelle QM
Telefon:	0431 388 82235
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	s.muehle-peters@lubinus-stiftung.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	https://www.lubinus-stiftung.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSEL	FACHABTEILUNG
1	Belegabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
2	Hauptabteilung	2300	Orthopädie / Schwerpunkt Fußchirurgie
3	Belegabteilung	2300	Orthopädie / Belegabteilung
4	Belegabteilung	3700	Anästhesie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Sankt Elisabeth Krankenhaus
PLZ:	24103
Ort:	Kiel
Straße:	Königsweg
Hausnummer:	8
IK-Nummer:	260100170
Standort-Nummer:	2
Telefon-Vorwahl:	0431
Telefon:	2202
Krankenhaus-URL:	https://www.lubinus-stiftung.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel
PLZ:	24103
Ort:	Kiel
Straße:	Königsweg
Hausnummer:	8
IK-Nummer:	260100170
Standort-Nummer:	2

E-Mail:	
Standort-URL:	http://www.lubinus-stiftung.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Manfred Volmer, Kaufmännischer Vorstand
Telefon:	0431 388 8121
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	m.volmer@lubinus-stiftung.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Pflegew. (FH) Stephan Kolmorgen
Telefon:	0431 388 81331
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	s.kolmorgen@lubinus-stiftung.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Tilmann Krackhardt, Ärztlicher Leiter, CA Unfall- und arthroskopische Chirurgie, Sporttraumatologie
Telefon:	0431 388 1120
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	t.krackhardt@lubinus-stiftung.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	PD Dr. med. Martin Fuerst, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0431 388 2202
Fax:	0431 388 82490
E-Mail:	info@sek-kiel.de

Standort:	Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel
Leitung:	Pflegedienstleitung

Name/Funktion:	Dipl.-Pflegew. (FH) Stephan Kolmorgen, Pflegedienstleitung
Telefon:	0431 388 81331
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	s.kolmorgen@lubinus-stiftung.de

Standort:	Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Manfred Volmer, Kaufmännische Klinikleitung, Prokurist
Telefon:	0431 388 8121
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	m.volmer@lubinus-stiftung.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Lubinus-Stiftung
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Stomatherapie/-beratung *Zusammenarbeit im Rahmen einer Kooperations- und Qualitätsvereinbarung zwischen Netzwerk Kiel - DeGohMed Homecare, MVZ Lubinus GmbH, N:aip Deutschland GmbH*
2	Diät- und Ernährungsberatung *In Zusammenarbeit mit Lubinus Sodexho*
3	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus Bahr
4	Manuelle Lymphdrainage *über Physiotherapie (Kooperation)*
5	Massage *über Physiotherapeuten (Kooperation)*
6	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie *medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik am Gerät*
7	Schmerztherapie/-management *ausgebildete Pain Nurse, Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung*
8	Wärme- und Kälteanwendungen *Physiotherapie*
9	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
10	Wundmanagement *Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit Fortbildung zur Wundtherapeutin*
11	Kinästhetik
12	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare *Im Rahmen der Familialen Pflege berät die Pflegetrainerin Kerstin Blohm Familienmitglieder und pflegende Angehörige im häuslichen Umfeld.*
13	Atemgymnastik/-therapie *über Physiotherapie (Kooperation)*
14	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *z. B. Beratung durch Pflegeexperten (u.a Sturzprophylaxe)*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Seelsorge/spirituelle Begleitung *Seelsorge durch katholische Ordensschwestern und evangelische Priester - persönliche Gespräche . Regelmäßige Gottesdienste, tägliches Abendgebet, konfessionsübergreifende Sterbebegleitung*
2	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen *In Abstimmung mit Servicekräften Tochterunternehmen Sodexo*

	LEISTUNGSANGEBOT
3	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen *Im Rahmen des jährlichen Veranstaltungskalenders werden Vortragsreihen, sowie eine Telefonsprechstunde für Patienten organisiert*
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Schlafmöglichkeit mit voller Verpflegung Kosten: bei medizinischer Indikation 45€/Tag, bei nicht medizinischer Indikation 54,62€/Tag*
5	Zwei-Bett-Zimmer *Nasszelle vorhanden*
6	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
7	Abschiedsraum *Im Sankt Elisabeth Krankenhaus steht bei Bedarf und nach Rücksprache eine Kapelle zur Verfügung.*
8	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) *Wertfach: jedem Patienten steht ein verschließbares Wertfach zur Verfügung. Die Telefonnutzung sowie W-LAN Zugang und Fernseher sind kostenfrei und stehen am Bett zur Verfügung. Klinikeigene Parkplätze stehen in begrenzter Zahl zur Verfügung(20 min kostenfrei, jede weitere angefangene Stunde 2€).*
9	Ein-Bett-Zimmer *Wertfach: jedem Patienten steht ein verschließbares Wertfach zur Verfügung. Die Telefonnutzung sowie W-LAN Zugang und Fernseher sind kostenfrei und stehen am Bett zur Verfügung. Klinikeigene Parkplätze stehen in begrenzter Zahl zur Verfügung(20 min kostenfrei, jede weitere angefangene Stunde 2€).*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Dipl.-Pflegewirt (FH) Stephan Kolmorgen Pflegedienstleitung, OP- und Intensivmanagement
Telefon:	0431 388 81380

Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	s.kolmorgen@lubinus-stiftung.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
	Beschilderung in jeder Etage
2	Diätetische Angebote
	in Abstimmung mit Tochterunternehmen Sodexo, Aufnahme durch Servicekräfte
3	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	Englisch, Dänisch, Russisch, Polnisch, Chinesisch, Polynesisch
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
	Der Getränke - und Snackautomat ist Rollstuhlgerecht erreichbar.
5	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
6	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
7	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
	Es stehen 2 Rollstuhlgerechte WCs zur Verfügung: 1 WC im EG/ SEK sowie 1 WC im Ärztehaus am SEK
8	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
	Aufzug ist mit gut erreichbarem Bedienfeld ausgestattet.
9	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
	Es steht ein XXL Rollstuhl, Toilettenstuhl sowie Sitzwaage zur Verfügung.
10	Besondere personelle Unterstützung
	Männer und Frauen, die sich im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes in sozialen Bereichen engagieren, stehen für Begleitdienste etc. zur Verfügung.
11	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
	Im OP-Bereich stehen 3 Säulen mit bis zu 180kg sowie eine OP-Säule bis 250 kg zur Verfügung. Im Bereich der OP-Schleuse ist die Umbettung mit Lifter bis zu 350 kg möglich.
12	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
	Der Sanitärbereich im Zimmer ist mit einem Toilettenstuhl befahrbar. Auf Station 2 befindet sich eine Rollstuhlgerechte Dusche.
13	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
	Die Betten sind bis 250 kg ausgelegt, im Bedarfsfall können Schwerlastbetten geordert werden.

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
14	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
15	Allergenarme Zimmer
16	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung *Raum der Stille*
17	Dolmetscherdienst *Fremdsprachenliste von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern liegt vor sowie ein Dolmetscher-Handbuch Pflege auf jeder Station.*
18	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Braillleschrift *Aufzug mit Sprachansage und Brailleschrift*
19	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen *Ausstattung der Zimmer mit Lichtrufanlage*
20	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung *Unterstützung durch Demenzexperten*
21	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme *Notrufsysteme im Zimmer und den WC-Bereichen.*
22	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
23	Aufzug mit visueller Anzeige
24	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

trifft nicht zu/entfällt

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin *In Kooperation mit dem DRK im Rahmen des Gestellungsvertrages*
2	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
3	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten:	43

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	2811
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	803

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE					
Gesamt:	5,37			Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,37	**Ohne:**	0,00	
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,85	**Stationär:**	4,52	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	4,70			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,50	**Stationär:**	4,20

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	29

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND	
Gesamt:	0,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	31,17			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	31,16	**Ohne:**	0,01
Versorgungsform:	**Ambulant:**	3,36	**Stationär:**	27,81

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	1,29			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,29	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,15	**Stationär:**	1,14

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,11	**Stationär:**	0,89

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3,72			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,72	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,42	**Stationär:**	3,30

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT (MTRA)

Gesamt:	1,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,00

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dipl.-Betriebsw. (FH) Silke Mühle-Peters, Stabsstelle QM
Telefon:	0431 388 82235
Fax:	
E-Mail:	s.muehle-peters@lubinus-stiftung.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Klinikleitungssitzung: Kaufmännischer Vorstand, Kaufmännische Leitung SEK, Pflegedienstleitung, OP-Management, Controlling, Personalwesen, Finanzwesen
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Steuerung über Klinikleitungssitzung sowie CIRS-Auswerteteam (Hygiene, Medizintechnik, OP-und Anästhesie, Pflege)
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Handbuch für LC/SEK in Nexus Curator - Einstellung aller aktuellen Dokumente für alle Fachabteilungen/Abteilungen, CIRS "riskop" an den Standorten LC/ SEK *Letzte Aktualisierung: 22.10.2020*
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Medizinisches Notfallmanagement *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
4	Schmerzmanagement *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Schmerzkonzept (Belegärzte)* *Letzte Aktualisierung: 15.03.2017*
5	Sturzprophylaxe *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturzprophylaxe* *Letzte Aktualisierung: 03.07.2020*
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitusprophylaxe* *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen* *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
8	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Sicherheitscheckliste* *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Sicherheitscheckliste und VA Umgang mit der OP-Sicherheitscheckliste* *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
13	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP-Sicherheitscheckliste und VA Umgang mit der OP-Sicherheitscheckliste* *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientenidentifikation* *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
15	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientenverlegung aus dem OP bzw. AWR auf die Regelpflegestation *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*
16	Entlassungsmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Entlassmanagement *Letzte Aktualisierung: 03.05.2018*

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

☐	Tumorkonferenzen
☑	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐	Pathologiebesprechungen
☐	Palliativbesprechungen
☑	Qualitätszirkel
☐	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 01.01.2018
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: monatlich
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: bei Bedarf

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	- bspw.: - Einführung der digitalen Patientenakte Station und I TS (LC) ; -Umstellung von Kathetersystemen auf I TS (LC), - Änderung Befestigungssysteme Stryker in OP-Schleuse

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	EF00

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1[1)]
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	3

[1)] *externe Krankenhaushygienikerin Frau Dr. Tanja Roth*

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Pierre Marenziehn, Fachkraft für Krankenhaushygiene
Telefon:	0431 388 81371
Fax:	
E-Mail:	p.marenziehn@lubinus-stiftung.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	AUSWAHL
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja

	OPTION	AUSWAHL
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:	Ja

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Das Sankt Elisabeth Krankenhaus verfügt über einen Aufwachraum, eine Intensivstation ist nicht vorhanden.

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Nein
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Nein

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
	HAND-KISS
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk Schleswig-Holstein
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Zertifikat Bronze
	Vorbereitung auf Zertifikat Silber
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

☐	AMBU-KISS
☐	CDAD-KISS
☑	HAND-KISS
☐	ITS-KISS
☐	MRSA-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☐	OP-KISS
☐	STATIONS-KISS
☐	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sabine Lubinus, Beschwerdemanagerin
Telefon:	0431 388 82484
Fax:	
E-Mail:	s.lubinus@lubinus-stiftung.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Dipl.-Pflegewirt (FH) Stephan Kolmorgen, Pflegedienstleitung, OP- und Intensivmanagement
Telefon:	0431 388 8131
Fax:	0431 388 81290
E-Mail:	s.kolmorgen@lubinus-stiftung.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Herr Dr. med. Clemens Duyster nimmt als Vertreter für die Belegärzte die Aufgaben in der Arzneimittelkommission wahr.

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr. med. Wolfgang Milkereit, Vorsitzender der Arzneimittelkommission; Chefarzt Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Telefon:	0431 388 1190
Fax:	
E-Mail:	anaesthesiologie@lubinus-stiftung.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
2	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit Arzneimitteln Letzte Aktualisierung: 22.09.2020
4	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln *digitale Patientenakte*
7	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln *digitale Patientenakte*
8	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern *AMTS-Visiten mit der Wald-Apotheke*
9	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung *Verordnung von Medikamenten im Rahmen des Entlassmanagements; Aushändigung Medikationsplan im Rahmen des Entlassbriefes*

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

☑	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
☐	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
☑	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
☑	Sonstiges: hygienische Vorgaben bspw. NaCl Fertigspritzen

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

☑	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
☐	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
☑	Sonstiges: ärztliche Freigabe KIS-Orbis durch Vidierung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

☑	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
☑	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
☑	Aushändigung des Medikationsplans
☑	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
☑	Sonstiges: Ausdruck der Therapieempfehlung aus dem MMI-Pharmindexsystem

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
	in Kooperation		
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	CCT 24h Notf.		

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dassKrankenhäuser, 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 gestuftenSystem von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Der Standort Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel nimmt nicht an der strukturierten Notfallversorgung entsprechend Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SBG V teil.

Notfallstufe vereinbart:	Nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Der Standort Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel nimmt nicht an der strukturierten Notfallversorgung entsprechend Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SBG V teil. Der Standort Lubinus Clinicum nimmt als Spezialversorger nach 26 Abs. 2 Ziffer 3 des Beschlusses des G-BA an der strukturierten Notfallversorgung teil.

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt:	Nein

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Königsweg
Hausnummer:	8
PLZ:	24103
Ort:	Kiel
URL:	https://www.lubinus-stiftung.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. Martin Fuerst, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0431 388 2202
Fax:	0431 388 82490
E-Mail:	info@sek-kiel.de
Adresse:	Königsweg 8
PLZ/Ort:	24103 Kiel

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Schulterchirurgie
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
3	Bandrekonstruktionen/Plastiken
4	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
5	Tumorchirurgie *Entfernung gutartiger Haut- und Unterhautgeschwülste*
6	Magen-Darm-Chirurgie *Kleinere Darmeingriffe bis zur Teilentfernung des Dickdarmes mittels Schlüsselloch-Operationsverfahren*
7	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie *Entfernung der Galllenblase mittels Schlüsselloch-Operationsverfahren*
8	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
9	Konventionelle Röntgenaufnahmen
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
13	Arthroskopische Operationen
14	Wirbelsäulenchirurgie
15	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie") *Implantation von Elektroden zur Behandlung von Rückenschmerzen*
16	Chirurgie der peripheren Nerven
17	Chirurgie der intraspinalen Tumoren

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Entfernung von Geschwülsten aus dem Wirbelkanal
18	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
19	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
20	Metall-/Fremdkörperentfernungen
21	Handchirurgie
22	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
25	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	Lumbosakralgegend = Übergang zwischen Lendenwirbelsäule und Kreuzbein
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
29	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

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

Vollstationäre Fallzahl:	1422
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	155
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	138
3	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	107
4	M21.16	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	66
5	K60.3	Analfistel	65
6	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	49
7	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	41

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]	38
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	31
10	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	31
11	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	29
12	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	24
13	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	23
14	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	20
15	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	18
16	M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich	18
17	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	16
18	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	16
19	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	13
20	K60.1	Chronische Analfissur	13
21	M94.26	Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	12
22	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	11
23	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	11
24	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	11
25	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	11
26	M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	10
27	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	9
28	M48.09	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	9
29	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	9
30	M15.2	Bouchard-Knoten (mit Arthropathie)	9

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	177
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	143
3	M48	Sonstige Spondylopathien	137
4	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	78
5	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	78
6	M75	Schulterläsionen	77
7	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	58
8	M19	Sonstige Arthrose	54
9	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	45
10	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	42

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	373
2	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	235
3	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	219
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	191
5	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	158
6	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	143
7	5-401.90	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, laparoskopisch: Ohne Markierung	128
8	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	128
9	5-895.2c	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion	126

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	118
11	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	117
12	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	97
13	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	77
14	5-851.b9	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Unterschenkel	74
15	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	73
16	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	67
17	5-781.0k	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Tibia proximal	66
18	5-983	Reoperation	66
19	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinktär	64
20	5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment	59
21	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	54
22	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	50
23	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	50
24	5-840.35	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	49
25	5-785.3k	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar: Tibia proximal	49
26	5-847.32	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Daumensattelgelenk	47
27	5-845.3	Synovialektomie an der Hand: Handwurzelgelenk, mehrere	46
28	5-930.01	Art des Transplantates: Autogen: Mit externer In-vitro-Aufbereitung	43

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	41
30	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	39

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	571
2	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	382
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	373
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	262
5	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	235
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	195
7	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	187
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	177
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	163
10	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	146

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	294
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	110
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	55

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAH
4	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	35
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	33
6	5-845	Synovialektomie an der Hand	27
7	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	21
8	5-849	Andere Operationen an der Hand	16
9	5-640	Operationen am Präputium	15
10	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	15

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	10
Fälle je Anzahl:	142,2

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie *Dr. med. Volker Buck, Dr. med. Marek Doniec, Hr. Rainer Gunstmann, Dr. med. Nils G. Heits, Dr. med. Thomas Birkner, Dr. med. Andreas Losch, Dr. med. Bertram Wittrin*
2	Kinderchirurgie *Hr. Rainer Gunstmann*
3	Orthopädie und Unfallchirurgie *Dr. med. Andreas Losch, Hr. Rainer Gunstmann*
4	Plastische und Ästhetische Chirurgie *Dr. med. Andreas Häring*

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
5	Viszeralchirurgie *Dr. med. Volker Buck, Dr. med. Marek Doniec, Hr. Rainer Gunstmann, Dr. med. Nils G. Heits*
6	Neurochirurgie *Dr. med. Lutz Dörner, Dr. med. Christoph Manicke*

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Handchirurgie *Dr. med. Andreas Häring*
2	Spezielle Unfallchirurgie *Dr. med. Andreas Losch*
3	Sportmedizin *Dr. med. Andreas Losch*
4	Phlebologie *Dr. med. Bertram Wittrin*
5	Proktologie *Dr. med. Marek Doniec, Dr. med. Thomas Birkner, Dr. med. Bertram Wittrin*
6	Spezielle Viszeralchirurgie *Dr. med. Bertram Wittrin*

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	12,40			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,40	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,48	**Stationär:**	10,92
			Fälle je Anzahl:	130,2

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,66			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,66	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,08	**Stationär:**	0,58
			Fälle je Anzahl:	2451,7

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,51			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,51	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,06	**Stationär:**	0,45
			Fälle je Anzahl:	3160,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,90			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,90	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,23	**Stationär:**	1,67
			Fälle je Anzahl:	851,5

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Entlassungsmanagement
	Das Entlassmanagement erfolgt mit Unterstützung durch das Lubinus Clinicum

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

entfällt/trifft nicht zu

B-[2] Orthopädie / Schwerpunkt Fußchirurgie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie / Schwerpunkt Fußchirurgie
Straße:	Königsweg
Hausnummer:	8
PLZ:	24103
Ort:	Kiel
URL:	https://www.lubinus-stiftung.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2300) Orthopädie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Fischer, Chefarzt Fuß- und Sprunggelenkchirurgie, Facharzt für Orthopädie
Telefon:	0431 388 1150
Fax:	
E-Mail:	fusschirurgie@lubinus-stiftung.de
Adresse:	Königsweg 8
PLZ/Ort:	24103 Kiel
URL:	https://www.lubinus-stiftung.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	Die Lubinus-Stiftung hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG nach §136aSGBV.

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
2	Diagnostik und Therapie von Arthropathien *Arthropathie = Gelenkerkrankung*

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
3	Fußchirurgie
4	Spezialsprechstunde
5	Amputationschirurgie
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
7	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
8	Septische Knochenchirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
10	Metall-/Fremdkörperentfernungen

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	547
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M20.1	Hallux valgus (erworben)	167
2	M20.2	Hallux rigidus	61
3	M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	44
4	M21.61	Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]	34
5	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	22
6	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	21
7	M19.17	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	13
8	M77.3	Kalkaneussporn	12
9	M77.9	Enthesopathie, nicht näher bezeichnet	10
10	Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße	10
11	M77.5	Sonstige Enthesopathie des Fußes	10
12	M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodese	8
13	M19.27	Sonstige sekundäre Arthrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	G57.6	Läsion des N. plantaris	7
15	M72.2	Fibromatose der Plantarfaszie [Ledderhose-Kontraktur]	7
16	M66.47	Spontanruptur sonstiger Sehnen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	5
17	M21.63	Erworbener Spreizfuß	5
18	D48.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe	5
19	M25.77	Osteophyt: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
20	M21.4	Plattfuß [Pes planus] (erworben)	4
21	Q66.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Füße	4
22	M67.47	Ganglion: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
23	M89.87	Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
24	Q66.5	Pes planus congenitus	< 4
25	T84.16	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Knöchel und Fuß	< 4
26	M21.57	Erworbene Klauenhand, Klumphand, erworbener Klauenfuß und Klumpfuß: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
27	M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
28	Q78.8	Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien	< 4
29	M21.62	Erworbener Spitzfuß [Pes equinus]	< 4
30	Q74.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels	< 4

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	271
2	M19	Sonstige Arthrose	68
3	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	50
4	M77	Sonstige Enthesopathien	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	18
6	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	8
7	D48	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	7
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	7
9	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	7
10	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	7

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	379
2	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	317
3	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	250
4	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	185
5	5-786.2	Osteosyntheseverfahren: Durch Platte	169
6	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	166
7	5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	154
8	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	107
9	5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	93
10	5-808.a4	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach	83
11	5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	78
12	5-788.41	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 1 Zehenstrahl	75
13	5-86a.10	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Zwei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen	64

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	62
15	5-983	Reoperation	57
16	5-788.0a	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus I	52
17	5-808.81	Offen chirurgische Arthrodese: Unteres Sprunggelenk: Zwei Sprunggelenkskammern	41
18	5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke	41
19	5-788.06	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	32
20	5-786.p	Osteosyntheseverfahren: Durch Transfixationsschraube	30
21	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	30
22	5-788.52	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	29
23	5-86a.11	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Drei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen	29
24	5-808.b6	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 5 oder mehr Gelenke	27
25	5-784.0s	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Talus	27
26	5-855.0a	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Fuß	27
27	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	26
28	5-859.1a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Fuß	25
29	5-788.42	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 2 Zehenstrahlen	24
30	5-895.2g	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Fuß	23

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	962
2	5-786	Osteosyntheseverfahren	789
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	379
4	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	361
5	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	131
6	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	112
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	103
8	5-784	Knochentransplantation und -transposition	98
9	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	93
10	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	73

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	149
2	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	26
3	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	23
4	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	11
5	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	9
6	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	8
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	8
8	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	8
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	5
10	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	5

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE				
Gesamt:	5,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*	
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:** 5,37	**Ohne:** 0,00		
Versorgungsform:	**Ambulant:** 0,85	**Stationär:** 4,52	**Fälle je Anzahl:** 121,0	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE				
Gesamt:	4,70			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:** 4,70	**Ohne:** 0,00		
Versorgungsform:	**Ambulant:** 0,50	**Stationär:** 4,20	**Fälle je Anzahl:** 130,2	

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. med. Thomas Fischer, Dr. med. Thomas Jurda, Dr. med. Lars Mieth, Dr. med. Lena Stoffers, Florian Rosenbusch, Dr. med. Carolina Diedrichs

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zwei Fachärzte verfügen über die Qualifikation: Fortbildungszertifizierung Facharzt

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	4,56			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,56	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,49	**Stationär:**	4,07
			Fälle je Anzahl:	134,4

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,24			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,24	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,03	**Stationär:**	0,21
			Fälle je Anzahl:	2604,8

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,19			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,19	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,02	**Stationär:**	0,17
			Fälle je Anzahl:	3217,7

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,70			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,08	**Stationär:**	0,62
			Fälle je Anzahl:	882,3

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
	z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
2	Wundmanagement *z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW*
3	Sturzmanagement

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

entfällt

B-[3] Orthopädie / Belegabteilung

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie / Belegabteilung
Straße:	Königsweg
Hausnummer:	8
PLZ:	24103
Ort:	Kiel
URL:	https://www.lubinus-stiftung.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2300) Orthopädie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Kontaktdaten über Belegarztpraxen

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. Martin Fuerst, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0431 388 2202
Fax:	0431 388 82490
E-Mail:	info@sek-kiel.de
Adresse:	Königsweg 8
PLZ/Ort:	24103 Kiel

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
2	Endoprothetik
3	Wirbelsäulenchirurgie
4	Fußchirurgie
5	Metall-/Fremdkörperentfernungen
6	Arthroskopische Operationen
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
8	Sportmedizin/Sporttraumatologie
9	Schulterchirurgie
10	Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
12	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
14	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
15	Kinderorthopädie
16	Rheumachirurgie
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	842
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M20.1	Hallux valgus (erworben)	192
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	123
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	114
4	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	45
5	M20.2	Hallux rigidus	31
6	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	20
7	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	14
8	M21.68	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes	12
9	M21.63	Erworbener Spreizfuß	12
10	M25.37	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	12
11	M77.3	Kalkaneussporn	10
12	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	10
13	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	9
14	Q66.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Füße	8
15	M77.4	Metatarsalgie	8
16	M22.8	Sonstige Krankheiten der Patella	7
17	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	6
18	M20.3	Sonstige Deformität der Großzehe (erworben)	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	5
20	M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	5
21	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	5
22	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	5
23	M76.6	Tendinitis der Achillessehne	5
24	M77.5	Sonstige Enthesopathie des Fußes	4
25	M24.66	Ankylose eines Gelenkes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	4
26	M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
27	M19.87	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
28	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	4
29	M24.07	Freier Gelenkkörper: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
30	M87.05	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	254
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	134
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	119
4	M75	Schulterläsionen	63
5	M19	Sonstige Arthrose	37
6	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	34
7	M77	Sonstige Enthesopathien	28
8	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	17
9	M22	Krankheiten der Patella	12
10	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	11

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	581
2	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	272
3	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	243
4	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	229
5	5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	199
6	5-786.e	Osteosyntheseverfahren: Durch (Blount-)Klammern	171
7	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	155
8	5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	127
9	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	118
10	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	100
11	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarückfläche, zementiert	91
12	5-808.a4	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach	85
13	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	76
14	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	75
15	5-788.0a	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus I	60
16	5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	58
17	5-983	Reoperation	51
18	5-788.41	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 1 Zehenstrahl	47

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	5-86a.10	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Zwei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen	46
20	5-851.1a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß	45
21	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	43
22	5-786.2	Osteosyntheseverfahren: Durch Platte	38
23	5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	37
24	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	36
25	5-854.2c	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Mittelfuß und Zehen	30
26	5-788.52	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	27
27	5-788.06	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	27
28	5-788.51	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	26
29	5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk	24
30	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	22

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	1086
2	5-786	Osteosyntheseverfahren	719
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	581
4	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	222
5	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	193
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	121
7	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	109

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	105
9	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	89
10	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	88

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	13
Fälle je Anzahl:	64,8

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. med. C. C. Büll, PD. Dr. med. M. Fuerst, Prof. Dr. med. L. Gerdesmeyer, Dr. med. W. Kohlsche, Dr. med. P. Richter, Dr. med. R. Sassen, Dr. med. R. Schwall, Dr. med. H. Jensen, Dr. med. R. Wischatta, Dr. med. E. Klostermeier, Dr. med. F. Pries, Dr. med. S. Dworak, Dr. med. M. Ketelsen

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur *Dr. med. Philipp Richter, Dr. med. Ralph Sassen, Dr. med. René Schwall, Dr. med. Hauke Jensen, Dr. med. Stefanie Dworak*
2	Handchirurgie *Dr. med. Carl C. Büll*
3	Kinder-Orthopädie *Prof. Dr. med. Ludger Gerdesmeyer*
4	Manuelle Medizin/Chirotherapie *Dr. med. Philipp Richter, Dr. med. Ralph Sassen, Dr. med. René Schwall, Dr. med. Wolfgang Kohlsche, Dr. med. Stefanie Dworak, Dr. med. Mark Ketelsen*
5	Orthopädische Rheumatologie *Dr. med. Carl C. Büll, PD Dr. med. Martin Fuerst*
6	Physikalische Therapie und Balneologie *Dr. med. Carl C. Büll, Dr. med. Hauke Jensen, Dr. med. Ralph Sassen, Dr. med. Wolfgang Kohlsche*
7	Röntgendiagnostik - fachgebunden - *Dr. med. Ralph Sassen*
8	Spezielle Schmerztherapie *Prof. Dr. med. Ludger Gerdesmeyer*
9	Sportmedizin *Dr. med. Carl C. Büll, Prof. Dr. med. Ludger Gerdesmeyer, Dr. med. Philipp Richter, Dr. med. Ralph Sassen, Dr. med. René Schwall, Dr. med. Hauke Jensen, Dr. med. Eckhardt Klostermeier, Dr. med. Frank Pries, Dr. med. Mark Ketelsen*

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	7,29			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,28	**Ohne:**	0,01

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,71	**Stationär:**	6,58
			Fälle je Anzahl:	128,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,39			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,39	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,04	**Stationär:**	0,35
			Fälle je Anzahl:	2405,7

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,30			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,03	**Stationär:**	0,27
			Fälle je Anzahl:	3118,5

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,12			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,12	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,11	**Stationär:**	1,01
			Fälle je Anzahl:	833,7

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Sturzmanagement

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

trifft nicht zu/entfällt

B-[4] Anästhesie

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesie
Straße:	Königsweg
Hausnummer:	8
PLZ:	24103
Ort:	Kiel
URL:	https://www.lubinus-stiftung.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Kontaktdaten über Belegarztpraxen

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Wolfgang Michelsen, Facharzt für Anästhesiologie
Telefon:	0431 388 21932
Fax:	
E-Mail:	info@narkose-im-norden.de
Adresse:	Königsweg 8
PLZ/Ort:	24103 Kiel

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

entfällt

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE	
Anzahl in Personen:	6
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
	Dr. med. Björn Buttgereit, Dr. med. Clemens Duyster, Dr. med. Wolfgang Michelsen, Dr. med. Gunnar Tröger, Dr. med. Sven Carstensen, Jürgen Fuchs

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Palliativmedizin
3	Intensivmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	6,92			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,92	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,68	**Stationär:**	6,24
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
3	Pflege im Operationsdienst

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Qualitätsmanagement
3	Wundmanagement

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREI	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Dekubitusprophylax (DEK)	8	100
2	Hüftendoprothesen\ (HEP)	121	100
3	Hüftendoprotheseni (HEP_IMP)	121	100
4	Knieendoprothesen (KEP)	131	100
5	Knieendoprothesen (KEP_IMP)	128	100
6	Knieendoprothesen und Komponentenwechs (KEP_WE)	*Datenschutz*	*Datenschutz*

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
	Ergebnis-ID	**52009**
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,63 % - 4,16 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	2,47
	Grundgesamtheit	2923
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

2	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	
	Ergebnis-ID	**52010**
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	2923
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

3	**Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2**
	Ergebnis-ID **52326**
	Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes TKez
	Bezug zum Verfahren QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	2923

4	**Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3**
	Ergebnis-ID **521801**
	Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes TKez
	Bezug zum Verfahren QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein
	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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	2923

5	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf**
Ergebnis-ID	**10271**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,78 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,83 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,33
Grundgesamtheit	108

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

6	**Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation**	
	Ergebnis-ID	**54001**
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,1 % - 99,85 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,53 % - 97,67 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	119
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	121
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

7	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	**54002**
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	93,46 % - 94,13 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

8	Präoperative Verweildauer	
	Ergebnis-ID	**54003**
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,35 % - 12,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

9	**Sturzprophylaxe**
Ergebnis-ID	**54004**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,38 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,8 % - 96,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	78
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	78
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

10	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**
Ergebnis-ID	**54012**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 8,22 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,45
Grundgesamtheit	121
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

11	**Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
	Ergebnis-ID **54013**
	Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes QI
	Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,27 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	111
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

12	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Ergebnis-ID	**54015**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,07 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

13 Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Ergebnis-ID	**54016**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

14 Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Ergebnis-ID	**54017**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

15	**Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Ergebnis-ID	**54018**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,06 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,29 % - 4,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

16 Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Ergebnis-ID	**54019**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 7,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,26 % - 2,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

17	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Ergebnis-ID	**54120**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

18	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Ergebnis-ID	**191914**
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
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 Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungsk
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

19	**Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Ergebnis-ID	**50481**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,05 % - 3,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

20	**Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation**
Ergebnis-ID	**54020**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,76 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,87 % - 98,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	105
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	106
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

21 Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

Ergebnis-ID	**54021**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	77,2 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	22
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

22	**Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**	
	Ergebnis-ID	**54022**
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,7 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32
Grundgesamtheit	129
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

24	**Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**
Ergebnis-ID	**54123**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,2 % - 1,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

25 Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Ergebnis-ID	**54124**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,84 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,73 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	128
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

26	**Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Ergebnis-ID	**54125**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 13,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,92 % - 4,6 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

27 Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Ergebnis-ID	**54127**
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,86 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	127
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

28	**Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf**	
	Ergebnis-ID	**54128**
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlager 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,91 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 98,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	142
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	142
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

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

☐	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
☑	Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen 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 - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	107
Begründung:	MM05: Kein einschlägiger Ausnahmegrund

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	107
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	98
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	28
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	28
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	28

* 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 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Für das Berichtsjahr 2019 wurden für das Sankt Elisabeth Krankenhaus keine pflegesensitiven Bereiche durch das InEK definiert.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Für das Berichtsjahr 2019 wurden für das Sankt Elisabeth Krankenhaus keine pflegesensitiven Bereiche durch das InEK definiert.