

2023

Referenzbericht

DRK Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2023

Übermittelt am: 14.11.2024

Automatisch erstellt am: 23.01.2025

Layoutversion vom: 23.01.2025



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	19
A-9	Anzahl der Betten	20
A-10	Gesamtfallzahlen	20
A-11	Personal des Krankenhauses	20
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	29
A-13	Besondere apparative Ausstattung	42
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	42
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	44
B-1	Geriatrie	44
B-2	Geratrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	52
C	Qualitätssicherung	57
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	57
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	89
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	89
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	89
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	98
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	99
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	99
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	100
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	101
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	102
-	Diagnosen zu B-1.6	103
-	Prozeduren zu B-1.7	109



-	Diagnosen zu B-2.6	109
-	Prozeduren zu B-2.7	110



- Einleitung

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: 3M Medica
Produktnname: 3M Qualitätsbericht
Version: 2024.2.1.3

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Birgit Leinen
Telefon: 06864/88-416
Fax: 06831/171-380
E-Mail: birgit.leinen@drk-kliniken-saar.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name: BW Rainer Dannegger
Telefon: 06831/171-384
Fax: 06831/171-380
E-Mail: rainer.dannegger@drk-kliniken-saar.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/>
Link zu weiterführenden Informationen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



A

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1

Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname:	DRK Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation
Hausanschrift:	Saaruferstraße 10 66693 Mettlach
Institutionskennzeichen:	261000525
Standortnummer:	772609000
URL:	https://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/
Telefon:	06864/88209
E-Mail:	doris.duehr@drk-kliniken-saar.de

Ärztliche Leitung

Position:	Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Herbert Grünwald
Telefon:	06864/88-209
Fax:	06864/88-2006
E-Mail:	herbert.gruenwald@drk-kliniken-saar.de

Pflegedienstleitung

Position:	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name:	- Ute Krauss
Telefon:	06864/88-415
Fax:	06864/88-414
E-Mail:	ute.krauss@drk-kliniken-saar.de

Position:	Kommissarische Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name:	- Janine Graffe
Telefon:	06864/88-415
Fax:	06864/88-414
E-Mail:	janine.graffe@drk-kliniken-saar.de

Verwaltungsleitung

Position:	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name:	BW Dannegger Rainer
Telefon:	06831/171-384
Fax:	06831/171-380
E-Mail:	rainer.dannegger@drk-kliniken-saar.de



Standort dieses Berichts

Krankenhausname: DRK Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation
Hausanschrift: Saaruferstraße 10
Institutionskennzeichen: 66693 Mettlach
Institutionskennzeichen: 261000525
Standortnummer: 772609000
URL: <https://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor,
Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Herbert Grünewald
Telefon: 06864/88-209
Fax: 06864/88-2006
E-Mail: herbert.gruenewald@drk-kliniken-saar.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: - Ute Krauss
Telefon: 06864/88-415
Fax: 06864/88-414
E-Mail: ute.krauss@drk-kliniken-saar.de

Position: Kommissarische Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: - Janine Graffe
Telefon: 06864/88-415
Fax: 06864/88-414
E-Mail: janine.graffe@drk-kliniken-saar.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name: BW Dannegger Rainer
Telefon: 06831/171-384
Fax: 06831/171-380
E-Mail: rainer.dannegger@drk-kliniken-saar.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: DRK Gesellschaft für Geriatrie und Rehabilitation mbH, Saarlouis
Art: freigemeinnützig



A-3

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein

Lehrkrankenhaus: Nein



A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Unsere Beratungsangebote sind abgestimmt mit den aktuellen Leitlinien und Expertenstandards sowie individuell auf die Bedürfnisse der Patienten.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Die physiotherapeutische Atemtherapie wird unterstützend bei der Behandlung chron. Atemwegs- u. Lungenerkrankungen eingesetzt. Hauptziel ist die Atemerleichterung in Ruhe und unter Belastung. Mit individuellen Techniken wird der Umgang mit der Erkrankung geschult.
MP06	Basale Stimulation	Wir arbeiten mit Düften zur Entspannung oder mit ätherischen Ölen (Wasserzusätze) bei der Grundpflege. Wir versuchen mit unterschiedlichen Geschmackszusätzen, je nach Vorlieben des Patienten, die Mundpflege durchzuführen. Ziel ist, dem Patienten so viel Wohlempfinden wie möglich zukommen zu lassen.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Begleitung und Beratung der Angehörigen in der Sterbephase durch das Pflegepersonal und unsere Ärzte. Weiterhin wird eine seelsorgerische Begleitung und psychologische Betreuung durch unsere Psychologinnen bzw. den Seelsorger angeboten.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Die Medizinische Trainingstherapie beinhaltet das Training an Geräten für Kraft und Ausdauer. Unter fachlicher Anleitung werden Gleichgewicht, Reaktionsvermögen und Konzentration trainiert. Gymnastische Übungen und Techniken im Sitz, Stand und Gang mit dem Ziel, diese in den Alltag zu integrieren.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Als Behandlungsziele stehen im Vordergrund: Wahrnehmungsschulung, Anbahnen von Bewegungen, Tonusregulation, Sensibilisierung für Haltungs- und Bewegungsmuster. Der Schwerpunkt des Bobathkonzepts liegt in der Sensomotorik. Mehr Informationen auf unserer Homepage: www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Wir haben den Ernährungsplan für Diabetiker speziell auf die Erfordernisse des betagten Menschen abgestimmt. Weiter bieten wir Hilfestellungen für pflegende Angehörige zur Ernährung ihrer Angehörigen und zum Umgang mit Insulininjektionen an, pandemiebedingt im Rahmen telefonischer Beratungsangebote.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Unser verbundenes Krankenhaus Saarlouis vom DRK hält eine Diätassistentin vor, auf welche unsere Einrichtung jederzeit zurückgreifen kann. Sollte ein Patient eine spezielle Kost oder eine Beratung zur Ernährung benötigen, kommt diese in unsere Einrichtung zu einem persönlichen Gespräch.
MP15	Entlassmanagement/Brückepflege/Überleitungspflege	Unser Entlassmanagement ist interdisziplinär angelegt. Bereits ab dem Aufnahmetag werden die Vorkehrungen für ein geordnetes Entlassmanagement getroffen. Unser Sozialdienst nimmt ab dem Folgetag der Aufnahme den Erstkontakt zum Patienten auf, um eine frühzeitige Beratung anbieten zu können.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Speziell ausgebildete Ergotherapeuten begleiten, unterstützen und befähigen Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Im Vordergrund steht das Wiedererlangen von Alltagskompetenz und somit die weitestgehende Selbständigkeit der Patienten.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Im Anschluss an die wöchentliche Chefarztvisite erfolgt die interdisziplinäre Fallbesprechung. Hier werden der Istzustand und die Ziele für die Weiterbehandlung besprochen. Alle Berufsgruppen übertragen die Ziele in die tägliche Arbeit, so wird dem Patient täglich zu allen AEDL's Aktivierung zuteil.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Bei der Fußreflexzonenmassage handelt es sich um eine Ganzheitstherapie, die Reflexe/ Impulse werden über die Reflexzonen an alle Organe weitergeleitet. Dadurch kann eine Verbesserung der Körperwahrnehmung bzw. des Körpererfühls erreicht werden.
MP21	Kinästhetik	In unserer Klinik wird das AKTIVITAS-Konzept angewendet
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Der Expertenstandard "Kontinenzmanagement" wird in unserer Einrichtung gelebt. Zielführend ist hierbei die Verbesserung des Kontinenzprofils unserer Patientinnen und Patienten. Es finden durch ausgebildete Fachkräfte Beratungen und eine möglichst optimale Inkontinenzversorgung statt.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Im Rahmen der Ergotherapie haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zum Gestalten/Bemalen von Seidentüchern, Ausmalen von Mandalas, u. ä. Des Weiteren werden angeboten: Aquarellmalerei, Korbblechten, usw. Im Rahmen der Alltagsgestaltung werden ebenfalls Kreativ-/Kunsttherapien angeboten.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Die Manuelle Lymphdrainage (leichte Druck.-u. Zugtechnik auf das Gewebe) führt beim Lymphödem zur Volumenreduktion.
MP25	Massage	Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Colonmassage. Massagen dienen der Unterstützung aktiver Therapien und haben zum Ziel, die krankheitsbedingten Leiden der Patienten zu lindern und eine Stabilisierung des psychischen und physischen Zustandes herbeizuführen.
MP26	Medizinische Fußpflege	Auf Wunsch steht unseren Patientinnen und Patienten eine externe Podologin zur Durchführung der medizinischen Fußpflege zur Verfügung.
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Angebot manueller Kneipptherapien, z. B. Gesichts-, Knie- und Schenkelgüsse
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Maitland Konzept, eine spezielle Technik zur Behandlung von Funktionsstörungen aller Gelenke
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Ansteigendes Wannenbad, Vierzellenbad, Wechselbad, Kneipptreten, Kneipptherapie (z.B. Knieguss, Schenkelguss, Gesichtsguss), Hydrojet, Sandbank, Infrarotkabine.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Eine kontinuierliche, vertrauensvolle therapeutische Beziehung bildet die Grundlage der Zusammenarbeit von Therapeut und Patient. Der physiotherapeutische Prozess umfasst eine Befunderhebung und Analyse mit Hilfe von standardisierten Assessments mit Behandlungsplan und individueller Zielsetzung.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Unsere Diplom-Psychologinnen verfügen über langjährige Erfahrung im Bereich der Alterspsychotherapie. Das Angebot umfasst u.a. neuropsychologische Untersuchungen und neuropsychologische Einzeltherapie, psychologische Diagnostik, psychotherapeutische Einzelgespräche und Angehörigenberatung bei Demenz
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulgymnastik	Die Patientinnen und Patienten erlernen sich so zu bewegen und zu halten, dass sie möglichst wenig Schmerzen haben, das Gleichgewicht nicht verlieren oder Knochenbrüchen vorbeugen.
MP37	Schmerztherapie/-management	Unser Schmerzmanagement orientiert sich an dem aktuell geltenden Expertenstandard. Die Behandlung erfolgt interdisziplinär unter Einbeziehung der Patientenwünsche.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	In Kooperation mit Patienten, Angehörigen und Sanitätshäusern wird durch die Therapeuten eine individuelle Beratung, Erprobung und Anpassung des jeweiligen Hilfsmittels koordiniert. Anleitung und Beratung erfolgt auch durch unsere Pflegefachkräfte zu besonderen Pflegetechniken und Pflegeprodukten.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Zu einer Anspannungsphase gehört auch eine Entspannungsphase. Hierzu werden Techniken angewandt wie z. B. Entspannungstherapie nach Jacobson, Körpereise, Aromatherapie sowie spezielle Atemtechniken.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten 2x/Monat routinebezogen sowie bei anlassbezogenen Prüfungen, geriatrische Pflegefachkräfte, Wundexpertin, Praxisanleiter, Pflege nach Aktivitas und Bobath.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen
MP45	Stomatherapie/-beratung	Unsere im Haus tätige Logopädin verfügt über die Qualifikation zur Stomatherapeutin. Bei Bedarf werden weitere niedergelassene Stomatherapeuten zur Mitbehandlung angefordert.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädiertechnik	Hilfsmittelversorgung und die Einweisung in das Handling sind wichtige Aufgaben unserer Therapeuten, auch in der Sturzprävention. Schwerpunktmaßig erstreckt sich die Sturzprävention über die Mobilität des Patienten auf die besonderen Gefahrenbereiche Bad/WC und sonstige fallgefährdende Situationen.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Gehören zu den SGB V-Leistungen und bedürfen generell der ärztl. Anordnung. Ist dies erfolgt, werden Anwendungen durch die Ergo-/Physiotherapie durchgeführt, z. B. Kühlungen von Hämatomen, Rotlicht, Infrarotkabine. Kälte- oder Wärmeanwendungen finden auch im Rahmen der pfleg. Versorgung statt.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP51	Wundmanagement	Die Klinik verfügt über eine ICW-Wundmanagerin. Ziel unseres Wundmanagements ist zum einen, die Wundversorgung nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, zum anderen auch die Durchführung präventiver Maßnahmen zur Verbesserung des Hautzustandes und zur Vermeidung von Wunden.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	U. a. Parkinsonselbsthilfegruppe unter eigener Leitung.
MP53	Aromapflege/-therapie	Im Rahmen der Anwendungen ist die Aromatherapie zusammen mit der Klang- und Farbtherapie ein wichtiges Element zur Entspannung und vermittelt gleichzeitig multimodale Sinneseindrücke (stimulierend, beruhigend, ausgleichend).
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Belastungstraining erfolgt unter Nutzung von Ergometer und/oder NuStep-Trainer. Hierüber kann die Belastungsgrenze der Patientinnen und Patienten individuell gemessen und erfasst werden.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Kognitives Training dient der Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der hieraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Unsere Patientinnen und Patienten erfahren kognitive Anregungen auch im Rahmen der Alltagsgestaltung.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Über spezielle Bewegungsmuster, denen natürliche Bewegungsabläufe zugrunde liegen, kommen spezifische Techniken zur Anwendung, welche die Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Entspannung und Koordination zum Ziel haben.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	Umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch unsere Mitarbeiterinnen im Sozialdienst. Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Bobath-Therapie, LSVT BIG bei Parkinson, Dysphagiemanagement, Anleitung zur Durchführung von Schwindeltherapie sowie Training der Gesichtsmimik bei Facialisparesen. Computergestützte Therapie, THERA-Trainer zur Vertikalisierung schwerbetroffener Patienten. Durchführung neurologischer Testungen.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Wir pflegen einen regen Austausch mit regionalen Altenpflegeeinrichtungen wie auch ambulanten Pflegediensten. Daneben besteht ein enger Kontakt zur SAPV Hochwald (palliative Versorgungsleistung) und dem Pflegestützpunkt Merzig.

A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		u. a. Besuchsdienst durch unsere Hausdame und unser Aktivteam. Einkaufsmöglichkeiten, Friseur, Fußpflege, Kostenlose Getränkebereitstellung, Orientierungshilfen, Parkanlage, Postdienst, Rauchfreies Krankenhaus, Terrassen, Patientenzimmer mit Telefon und TV, Aufenthaltsräume.

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar



Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Je nach Belegung ist es möglich, eine Begleitperson im Patientenzimmer mit aufzunehmen.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		In unmittelbarer Nähe der Klinik befindet sich eine kleine Kapelle. Neben den christlich geprägten seelsorgerischen Angeboten finden in unserer Klinik auch Besonderheiten anderer Glaubensrichtungen Berücksichtigung.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Neben den medizinischen Gesichtspunkten können auch religiöse und/oder kulturelle Aspekte bei unserem Nahrungsangebot Berücksichtigung finden. Bedarfsoorientiert wird auch Wunschkost angeboten.
NM68	Abschiedsraum		In der Sterbephase werden Einzelzimmer und seelsorgerische Begleitung organisiert. Die Angehörigen haben die Möglichkeit sich in geschützter Atmosphäre von ihrem Angehörigen zu verabschieden. Bei Bedarf werden den Angehörigen auch Sessel/Bett zur Verfügung gestellt.

Patientenzimmer			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Für Patienten mit Wahlleistung
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Sozialdienst
 Titel, Vorname, Name: Carmen Schikofsky-Kiefer
 Telefon: 06864/88-151
 Fax: 06864/7221
 E-Mail: carmen.schikofsky-kiefer@drk-kliniken-saar.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Individuelles Betreuungsangebot durch Hausdame und Betreuungskräfte.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Die Zugänge sowie alle patientengebundenen Räumlichkeiten sind barrierefrei. Ein geriatriespezifisches Wegeleitsystem ist eingerichtet.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	Neben dem hausinternen Übersetzer-/Dolmetscherdienst kann auch auf die Dienste vereidigter Dolmetscher zurückgegriffen werden.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Hausintern Übersetzer-/Dolmetscherdienst durch unsere Mitarbeiter in den Sprachen Englisch, Französisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch und Spanisch.



Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Gottesdienste am Wochenende im Kommunikationszentrum der Einrichtung.
------	--	---

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	kalorienreduzierte Kost, purinarme Kost, hochkalorische Kost, laktosefreie Kost, Vollkost 1 (kohhydratreichere Diabeteskost für Senioren) u. a.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Große Schrifttafeln und Farbkonzept auf den Stationen, orientierungsgebende Motivbilder in Zimmer und Flur.
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF39	„Informationen zur Barrierefreiheit“ auf der Internetseite des Krankenhauses	Die Barrierefreiheit ist im Klinikkonzept beschrieben.
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	
BF38	Kommunikationshilfen	Bildtafeln zur nonverbalen Kommunikation.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar



Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Unterstützung erfolgt im Rahmen unseres AKTIVITAS-Konzepts sowie der Betreuung durch unser Aktivteam.
------	---	---

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Famulatur in den Fachbereichen Innere Medizin und Geriatrie.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Als kooperierende Praktikumseinrichtung stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zum Physiotherapeuten sicher.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Als kooperierende Praktikumseinrichtung stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zum Ergotherapeuten sicher.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Als kooperierende Praktikumseinrichtung stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zum Pflegeassistenten sicher.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Als kooperierende Praktikumseinrichtung stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zur Pflegefachkraft sicher.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	Als kooperierende Praktikumseinrichtung stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zur Altenpflegefachkraft sicher.

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 35

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	489
Teilstationäre Fallzahl:	160
Ambulante Fallzahl:	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften	
Anzahl (gesamt)	4,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00
Personal in der stationären Versorgung	4,42
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00



davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	3,62	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,62	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,62	

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0	
--------	---	--

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	10,98	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,98	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	10,98	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	5,65	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,65	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	5,65	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	



Pflegefachpersonen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
Personal in der ambulanten Versorgung		
Personal in der stationären Versorgung		

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl (gesamt)	0,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,15	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl (gesamt)	6,38	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,38	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	6,38	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl (gesamt)	3,06	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,06	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,06	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	



Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	1,74	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,74	

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

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

A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SPo4 Diätassistentin und Diätassistent		
Anzahl (gesamt)	0,30	Es besteht eine Kooperation mit unserer Tochtergesellschaft GastroServ.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,30	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,30	

SPo5 Ergotherapeutin und Ergotherapeut		
Anzahl (gesamt)	2,89	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,89	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,89	

SP14 Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker		
Anzahl (gesamt)	0,30	Die logopädische Fachkompetenz ist über die kooperierende Praxis Esther Pelzer in Losheim sichergestellt. Die Logopädinnen decken den gesamten Bedarf an logopädischen Interventionen ab.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,30	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,30	



SP15 Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl (gesamt)	1,20	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,20	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,20	

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl (gesamt)	2,52	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,52	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,52	

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	0,20	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,20	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,20	

SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl (gesamt)	0,89	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,89	



SP32 Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl (gesamt)	4,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00
Personal in der stationären Versorgung	4,01

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

Anzahl (gesamt)	1,40
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,40
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00
Personal in der stationären Versorgung	1,40

SP57 Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Anzahl (gesamt)	0,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00
Personal in der stationären Versorgung	0,10

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person



Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Birgit Leinen
Telefon: 06864/88-416
Fax: 06831/171-380
E-Mail: birgit.leinen@drk-kliniken-saar.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen Klinikdirektorium, Qualitätsmanagementbeauftragte, Beschwerde-/CIRS-Beauftragte, Leitung Physiotherapie, eine Oberärztin, Betriebsratsvorsitzende, Verantwortliche Pflegefachkraft der Altenpflege sowie die Einrichtungsleitung.
Funktionsbereiche:
Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Birgit Leinen
Telefon: 06864/88-416
Fax: 06831/171-380
E-Mail: birgit.leinen@drk-kliniken-saar.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
Beteiligte Abteilungen Klinikdirektorium, Qualitätsmanagementbeauftragte, Beschwerde-/CIRS-Beauftragte, Leitung Physiotherapie, eine Oberärztin, Betriebsratsvorsitzende, Verantwortliche Pflegefachkraft der Altenpflege sowie die Einrichtungsleitung.
Funktionsbereiche:
Tagungsfrequenz: quartalsweise



A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Systemhandbuch Qualitäts- und Risikomanagement der DRK Trägergesellschaft Süd-West mbH. Fortlaufende Aktualisierung der Einzelkapitel und -dokumente, regelmäßiger Sonderdruck einer Gesamtausgabe vom 17.11.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Notfallkonzept vom 26.05.2023
RM05	Schmerzmanagement	Schmerzkonzept vom 08.03.2022
RM06	Sturzprophylaxe	Sturzprophylaxe vom 25.02.2020
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Dekubitusprophylaxe vom 06.03.2018
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Konzept zum Umgang mit Freiheitsentzug-Freiheitsberaubung vom 09.08.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Umgang mit Risiken und Fehlern vom 09.05.2023
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel Fallanalysen CIRS, Ethische Fallbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Patientenidentifikation vom 09.05.2023
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassungskonzept vom 23.05.2023

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet:

Ja

Tagungsfrequenz:

bei Bedarf

Maßnahmen:

Weiterentwicklung Risikoatlas im klinischen und außerklinischen Bereich, Durchführung von Risikoaudits, Fallanalysen/M&M-Konferenzen, Neuerstellung Therapiekonzept Long-COVID-/Post-COVID-Syndrom, Aktualisierung der Therapiekonzepte.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	17.03.2023
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von
einrichtungsübergreifenden
Fehlermeldesystemen: Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Vorsitzender
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Herbert Grünwald, Ärztlicher Direktor
Telefon: 06864/88-209
Fax: 06864/88-2006
E-Mail: herbert.gruenewald@drk-kliniken-saar.de

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	externer Berater
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene



A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie	
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:	ja

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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



A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Haendedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	25,00
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Infectio-Saar-Netzwerk	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	monatlich (Angebot), jährlich Pflicht.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Beschwerdemanagementbeauftragte
 Titel, Vorname, Name: Melanie Müller
 Telefon: 06864/88-412
 E-Mail: melanie.mueller@drk-kliniken-saar.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <https://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/portrait/lob-kritik.php>

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecher

Titel, Vorname, Name: Manfred Hensgen

Telefon: 06865/9117875

E-Mail: info@drk-kliniken-saar.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Der Patientenfürsprecher steht unter u. a. Kontaktdaten telefonisch für Gespräche zur Verfügung. Die Anliegen der Patienten/Patientinnen werden durch den Patientenfürsprecher mit den Verantwortlichen der Klinik bearbeitet.

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Apothekerin, Vorsitzende Arzneimittelkommission
Titel, Vorname, Name:	Kerstin Seyffardt
Telefon:	06898/12-1430
Fax:	06898/12-2308
E-Mail:	k.seyffardt@vk.shg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 1

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 0

Erläuterungen: Es besteht ein Versorgungsvertrag mit der Krankenhausapotheke der SHG-Klinik Völklingen. Die Apotheke gewährleistet die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung. Die zuständige Apothekerin ist Vorsitzende der Arzneimittelkommission.

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese



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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

Allgemeines

ASo1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

ASo2 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo3 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese

Dokumentation der Krankenhausbehandlung

23.03.2019

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo4 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo5 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)

Konzept zum Umgang mit Arzneimitteln

24.02.2020

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo8 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)



Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Medikationsprozess im Krankenhaus

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)

Sonstige_elektronische_Unterstuetzung

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Durchführung von Risikoaudits

Entlassung

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



A-12.6

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Kommentar: Neben den im Schutzkonzept formulierten Interventionsmaßnahmen besteht auch die Möglichkeit, über ein Hinweisgebersystem Meldungen abzusetzen.

A-12.6.1

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

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

Versorgung Kinder Jugendliche



Schlüs- sel-Nr.	Beschreibung	Kommentar	Datum der letzten Überprüfung
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik		
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen		
SK03	Aufklärung		
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten		
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt		18.08.2023
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle		18.08.2023



A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	nein	Verfügbarkeit über Xcare Praxis RNS am Krankenhaus Saarlouis vom DRK
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	nein	Verfügbarkeit über die Radiologie am SHG Klinikum Merzig
AA10	Elektroenzephalographie-gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	nein	EEG, NLG und EMG verfügbar über die Neurologische Hauptfachabteilung am Krankenhaus Saarlouis vom DRK sowie im SHG Klinikum Merzig
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	nein	Verfügbarkeit über Xcare Praxis RNS am Krankenhaus Saarlouis vom DRK sowie im SHG Klinikum Merzig.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	keine_Angabe_erforderlich	Verfügbar über die Hauptfachabteilung Neurologie am DRK Krankenhaus Saarlouis.

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

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 3 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 Geriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Geriatrie"

Fachabteilungsschlüssel: 0200

Art: Geriatrie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Herbert Grünwald, Ärztlicher Direktor

Telefon: 06864/88-209

Fax: 06864/2006

E-Mail: doris.duehr@drk-kliniken-saar.de

Anschrift: Saaruferstraße 10
66693 Mettlach

URL: <https://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/geriatrie/akutgeriatrie-rehabilitation.php>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Diagnostik, Therapie und Behandlung von Parkinson-Erkrankungen und anderen extrapyramidalen Störungen.
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Diagnostik und Therapie von dementiellen Erkrankungen.
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien.



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
Vl03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	z. B. Diagnostik und Behandlung einer kardialen Dekompensation, Herzklappenfehlern, Herzrhythmusstörungen
Vl04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	z. B. Diagnostik der PAVK, des diabetischen Fußsyndroms, einer Raynaud-Symptomatik einschließlich der konservativen Behandlungsmöglichkeiten
Vl05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	z. B. Diagnostik von Erkrankungen des Lymphgefäßsystems und des Venensystems einschließlich der konservativen Behandlungsmöglichkeiten.
Vl06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	z. B. Diagnostik und Therapie von Gefäßstenosen, Hirninsulten, u.a. teilweise in Kooperation mit der neurologischen Abteilung der SHG-Klinik Merzig sowie dem Krankenhaus Saarlouis vom DRK
Vl07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	24-Stunden RR-Messung und gezielte medikamentöse Einstellung der Hypertonie
Vl08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	z. B. Behandlung der Niereninsuffizienz möglich, teilweise in Kooperation mit der Nephrologie/Dialysezentrum Merzig
Vl10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabeteseinstellung, Diabetesschulung, Insulinbehandlung, ...
Vl11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Endoskopische Diagnostik und Behandlung in Kooperation mit der SHG Klinik Merzig und dem Krankenhaus Saarlouis vom DRK
Vl13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Diagnostische Punktions-, Entlastungspunktion z. B. bei Aszites
Vl14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	z. B. sonografische sowie laborchemische Diagnostik, weiterführende Diagnostik und Behandlung in Kooperation mit der SHG Klinik Merzig sowie dem Krankenhaus Saarlouis vom DRK
Vl15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	z. B. Lungenfunktionsprüfung, Schulung und Anwendung von Devices, Atemtherapie, u.a.



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin		
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Diagnostische Punktion, Entlastungspunktion
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Die geriatrische Behandlung geht über die reine Organmedizin hinaus und erbringt neben der Organdiagnostik und -therapie auch zusätzlich frührehabilitative Leistungen. Die Behandlung hat u. a. das Ziel, die verloren gegangenen Fähigkeiten und Kompetenzen wieder herzustellen.
VI26	Naturheilkunde	Akupunktur, Kneipptherapie, Güsse warm/kalt, klassische Massage, u.a.
VI39	Physikalische Therapie	Elektrotherapie, Massagen, medizinische Trainingstherapie, Fango, Rotlicht, Hydrojet, u.a.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 489

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht



B-1.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11

Personelle Ausstattung

B-1.11.1

Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	3,65	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,65	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,65	
Fälle je Vollkraft	133,97260	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	3,05	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,05	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,05	
Fälle je Vollkraft	160,32787	



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis: Innere Medizin: 30 Monate, Geriatrie: 18 Monate (volle Weiterbildungsbefugnis). In Kooperation mit dem Krankenhaus Saarlouis vom DRK kann die volle Weiterbildung Innere Medizin von 60 Monaten erreicht werden.

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatrie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF72	Physikalische Therapie	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	10,32	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,32	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	10,32	
Fälle je Anzahl	47.38372	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	4,90	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,90	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,90	
Fälle je Anzahl	99,79592	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten		
Anzahl (gesamt)	0,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,15	
Fälle je Anzahl	3259,99976	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		
Anzahl (gesamt)	6,38	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,38	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	6,38	
Fälle je Anzahl	76,64577	



Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		
Anzahl (gesamt)	2,76	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,76	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,76	
Fälle je Anzahl	177,17390	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	1,74	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,74	
Fälle je Anzahl	281,03450	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP07	Geriatrie	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



B-2 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"

Fachabteilungsschlüssel: 0260

Art: Geriatrie/Tagesklinik
(für teilstationäre
Pflegesätze)

Ärztliche Leitung

Chefarztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Herbert Grünwald, Ärztlicher Direktor
Telefon: 06864/88-209
Fax: 06864/2006
E-Mail: doris.duehr@drk-kliniken-saar.de
Anschrift: Saarufeststraße 10
66693 Mettlach
URL: <https://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/tagesklinik/geriatrische-tagesklinik.php>

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VI44	Geriatrische Tagesklinik	Behandlungsschwerpunkte entsprechend der Therapiekonzepte des stationären Bereichs.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 160

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD



Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,77	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,77	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,77	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,57	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,57	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis: Innere Medizin: 30 Monate, Geriatrie: 18 Monate (volle Weiterbildungsbefugnis). In Kooperation mit dem Krankenhaus Saarlouis vom DRK kann die volle Weiterbildung Innere Medizin von 60 Monaten erreicht werden.

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatrie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	

B-2.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,66	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,66	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,66	
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		
Anzahl (gesamt)	0,30	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,30	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,30	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP02	Bobath	
ZP07	Geriatrie	
ZP13	Qualitätsmanagement	

B-2.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen-ta-tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschriftermacher-Implantation (09/1)	0			0	
Herzschriftermacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	
Herzschriftermacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0			0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	0			0	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0			0	
Mammachirurgie (18/1)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	0			0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	32		100	32	
Herzchirurgie (HCH)	0			0	
Zähllistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Neonatologie (NEO)	0			0	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0			0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	Daten-schutz		Daten-schutz	Daten-schutz	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0			0	

I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

IA Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis ID	2005
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	$\geq 95,00\%$
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis ID	2006
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Ergebnis Bewertung – (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis ID	2007
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232000_2005
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	2005
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232001_2006
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	2006
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232002_2007
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	2007
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).
Ergebnis ID	50778
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 15,17
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232007_50778
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 15,17
Grundgesamtheit	(Datenschutz)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	50778
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	232010_50778
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	50778
Sortierung	2
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis ID	231900
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Ergebnis Bewertung – (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232008_231900
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich (bundesweit)	14,90 – 15,17
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	231900
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis ID	50722
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	$\geq 95,00 \%$
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	CAP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis ID	232009_50722
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	50722
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	52009
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qz-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,51
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,17 - 1,49
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis ID	52326
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,37 – 0,37
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,78
Grundgesamtheit	489
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Ergebnis Bewertung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Ergebnis ID	521800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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 Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4)
Ergebnis ID	52010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,78
Grundgesamtheit	489
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	— (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	— (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	— (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	— (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entwicklung des ADL-Bereichs: Selbständigkeit im Alltag nach Barthel-Index verbessert
Ergebnis	89,00%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrischen Einrichtungen: 83,18%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entwicklung des ADL-Bereichs: Selbständigkeit im Alltag nach Barthel-Index gleich geblieben
Ergebnis	9,39%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 9,55%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entwicklung des ADL-Bereichs: Selbständigkeit im Alltag nach Barthel-Index verschlechtert
Ergebnis	1,62%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 7,26%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entwicklung der Mobilität nach der Mobilitätsskala Timed up & Go: TUG Kategorie verbessert
Ergebnis	83,61%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 67,19%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entwicklung der Mobilität nach der Mobilitätsskala Timed up & Go: TUG Kategorie gleich geblieben
Ergebnis	14,75%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 28,52%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entwicklung der Mobilität nach der Mobilitätsskala Timed up & Go: TUG Kategorie verschlechtert
Ergebnis	1,64%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 4,29%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herkunft der eingewiesenen Patienten: direkte Aufnahme von zu Hause
Ergebnis	50,32%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 19,56%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herkunft der eingewiesenen Patienten: direkte Aufnahme aus Pflegeheim
Ergebnis	4,52%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 2,27%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herkunft der eingewiesenen Patienten: direkte Aufnahme aus der Kurzzeitpflege
Ergebnis	12,58%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 0,69%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herkunft der eingewiesenen Patienten: direkte Verlegung aus dem Krankenhaus intern
Ergebnis	4,19%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 29,52%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herkunft der eingewiesenen Patienten: direkte Verlegung aus dem Krankenhaus extern
Ergebnis	25,48%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 43,93%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herkunft der eingewiesenen Patienten: Sonstige
Ergebnis	2,90%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 4,02%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: Zuhause
Ergebnis	72,90%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 62,94%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: ins Pflegeheim
Ergebnis	7,74%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 11,26%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: in Kurzzeitpflege
Ergebnis	8,39%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 9,86%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: in ein Krankenhaus
Ergebnis	6,13%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 4,78%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: in eine Rehabilitationseinrichtung
Ergebnis	2,90%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 2,52%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"



Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: sonstige
Ergebnis	1,61%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 4,98%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Gemidas Auswertung vollstationäre Akutgeriatrie nach §109 SGB V
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil nach Entlassungsort: verstorben
Ergebnis	0,32%
Messzeitraum	2023
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	alle geriatrische Einrichtungen: 3,29%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Fachdatenbank "GEMIDAS-PRO"

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	3
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	3
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	1

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

Station	R2
Schicht	Tagschicht
Pflegesensitiver Bereich	Geriatrie
Monatsbezogener Erfüllungsgrad	83,33
Ausnahmetatbestände	
Erläuterungen	

Station	R2
Schicht	Nachtschicht
Pflegesensitiver Bereich	Geriatrie
Monatsbezogener Erfüllungsgrad	100,00
Ausnahmetatbestände	
Erläuterungen	

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

Station	R2
Schicht	Tagschicht
Pflegesensitiver Bereich	Geriatrie
Schichtbezogener Erfüllungsgrad	82,19
Erläuterungen	

Station	R2
Schicht	Nachtschicht
Pflegesensitiver Bereich	Geriatrie
Schichtbezogener Erfüllungsgrad	91,23
Erläuterungen	



C-9

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.



C-10

Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

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



- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
R26.3	61	Immobilität
R26.8	39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
M62.50	30	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen
F05.1	20	Delir bei Demenz
I63.3	19	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
I50.01	16	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I63.4	15	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
G72.80	12	Critical-illness-Myopathie
G20.10	11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
S32.5	9	Fraktur des Os pubis
R26.0	9	Ataktischer Gang
S72.04	8	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal
S32.01	6	Fraktur eines Lendenwirbels: L1
M16.1	6	Sonstige primäre Koxarthrose
F45.41	6	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
S72.3	6	Fraktur des Femurschaftes
M51.1	5	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
S32.7	5	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens
G21.1	5	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
S32.1	4	Fraktur des Os sacrum
F33.2	4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
S22.06	4	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12
S72.2	4	Subtrochantäre Fraktur
F32.2	4	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
S72.10	4	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet
S72.11	4	Femurfraktur: Intertrochantär
F05.0	4	Delir ohne Demenz



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
G20.11	4	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
F05.8	(Datenschutz)	Sonstige Formen des Delirs
G91.20	(Datenschutz)	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus
F03	(Datenschutz)	Nicht näher bezeichnete Demenz
F01.3	(Datenschutz)	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
S22.04	(Datenschutz)	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8
I61.3	(Datenschutz)	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I50.13	(Datenschutz)	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
S22.43	(Datenschutz)	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen
M47.26	(Datenschutz)	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich
I70.25	(Datenschutz)	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
G20.20	(Datenschutz)	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
I70.24	(Datenschutz)	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
M05.91	(Datenschutz)	Seropositive chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M48.06	(Datenschutz)	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich
I64	(Datenschutz)	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
F32.1	(Datenschutz)	Mittelgradige depressive Episode
S82.18	(Datenschutz)	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
S82.6	(Datenschutz)	Fraktur des Außenknöchels
S72.01	(Datenschutz)	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
S32.4	(Datenschutz)	Fraktur des Acetabulums
F33.1	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
G04.9	(Datenschutz)	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
F41.2	(Datenschutz)	Angst und depressive Störung, gemischt
E11.74	(Datenschutz)	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
G30.1	(Datenschutz)	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
E11.73	(Datenschutz)	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
C41.1	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenknorpels: Unterkieferknochen
E11.40	(Datenschutz)	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
M62.39	(Datenschutz)	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
I63.1	(Datenschutz)	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
M46.46	(Datenschutz)	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M17.1	(Datenschutz)	Sonstige primäre Gonarthrose
S82.0	(Datenschutz)	Fraktur der Patella
J44.10	(Datenschutz)	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1<35% des Sollwertes
E11.41	(Datenschutz)	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
S06.5	(Datenschutz)	Traumatische subdurale Blutung
I63.5	(Datenschutz)	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
M47.21	(Datenschutz)	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
S42.22	(Datenschutz)	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum
M17.9	(Datenschutz)	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
M19.01	(Datenschutz)	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M48.05	(Datenschutz)	Spinal(kanal)stenose: Thorakolumbalbereich
M47.22	(Datenschutz)	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich
M17.0	(Datenschutz)	Primäre Gonarthrose, beidseitig
S82.31	(Datenschutz)	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
S42.21	(Datenschutz)	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
I61.1	(Datenschutz)	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal
J18.1	(Datenschutz)	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.8	(Datenschutz)	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
E43	(Datenschutz)	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
G25.88	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
J44.01	(Datenschutz)	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1>=35% und <50% des Sollwertes



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
J18.0	(Datenschutz)	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J44.11	(Datenschutz)	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1>=35% und <50% des Sollwertes
I67.2	(Datenschutz)	Zerebrale Atherosklerose
I89.02	(Datenschutz)	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), StadiumIII
G40.4	(Datenschutz)	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
B02.2	(Datenschutz)	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems
F05.9	(Datenschutz)	Delir, nicht näher bezeichnet
G23.1	(Datenschutz)	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]
F01.1	(Datenschutz)	Multiinfarkt-Demenz
E11.75	(Datenschutz)	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E21.0	(Datenschutz)	Primärer Hyperparathyreoidismus
F01.2	(Datenschutz)	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.9	(Datenschutz)	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
G35.31	(Datenschutz)	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I27.20	(Datenschutz)	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
G30.8	(Datenschutz)	Sonstige Alzheimer-Krankheit
G31.0	(Datenschutz)	Umschriebene Hirnatrophie
I63.0	(Datenschutz)	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
I33.0	(Datenschutz)	Akute und subakute infektiöse Endokarditis
I50.14	(Datenschutz)	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
E86	(Datenschutz)	Volumenmangel
I63.8	(Datenschutz)	Sonstiger Hirninfarkt
M16.0	(Datenschutz)	Primäre Koxarthrose, beidseitig
J44.19	(Datenschutz)	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1nicht näher bezeichnet
L89.08	(Datenschutz)	Dekubitus, Stadium 1: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.25	(Datenschutz)	Dekubitus, Stadium 3: Sitzbein
K74.6	(Datenschutz)	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
G62.2	(Datenschutz)	Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
G62.88	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
K83.1	(Datenschutz)	Verschluss des Gallenganges
G62.0	(Datenschutz)	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
A49.0	(Datenschutz)	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
S32.02	(Datenschutz)	Fraktur eines Lendenwirbels: L2
M80.88	(Datenschutz)	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
S72.08	(Datenschutz)	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile
S06.33	(Datenschutz)	Umschriebenes zerebrales Hämatom
S32.3	(Datenschutz)	Fraktur des Os ilium
M48.09	(Datenschutz)	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
S80.1	(Datenschutz)	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels
S86.0	(Datenschutz)	Verletzung der Achillessehne
S72.05	(Datenschutz)	Schenkelhalsfraktur: Basis
M43.16	(Datenschutz)	Spondylolisthesis: Lumbalbereich
S22.42	(Datenschutz)	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen
M43.12	(Datenschutz)	Spondylolisthesis: Zervikalbereich
S43.00	(Datenschutz)	Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet
S32.03	(Datenschutz)	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
R29.6	(Datenschutz)	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert
S22.01	(Datenschutz)	Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2
R42	(Datenschutz)	Schwindel und Taumel
S32.04	(Datenschutz)	Fraktur eines Lendenwirbels: L4
G21.4	(Datenschutz)	Vaskuläres Parkinson-Syndrom
G25.81	(Datenschutz)	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]
G04.8	(Datenschutz)	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
G20.91	(Datenschutz)	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G11.2	(Datenschutz)	Spät beginnende zerebellare Ataxie
G82.43	(Datenschutz)	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittslähmung
A46	(Datenschutz)	Erysipel [Wundrose]



ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
G11.8	(Datenschutz)	Sonstige hereditäre Ataxien
G20.21	(Datenschutz)	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
M62.55	(Datenschutz)	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
F41.3	(Datenschutz)	Andere gemischte Angststörungen
M75.1	(Datenschutz)	Läsionen der Rotatorenmanschette
S82.41	(Datenschutz)	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende
F43.0	(Datenschutz)	Akute Belastungsreaktion
F25.1	(Datenschutz)	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F33.3	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
G00.1	(Datenschutz)	Pneumokokkenmeningitis
F06.3	(Datenschutz)	Organische affektive Störungen



– **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-550.1	290	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
9-984.7	142	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.8	140	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-984.b	136	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
8-550.0	130	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
9-984.9	55	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
1-771	47	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)
9-984.6	26	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
8-550.2	24	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten
3-200	24	Native Computertomographie des Schädelns
3-203	6	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-225	4	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
9-984.a	4	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
3-206	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Beckens
3-802	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
8-017.0	(Datenschutz)	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-153	(Datenschutz)	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
3-801	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie des Halses
3-220	(Datenschutz)	Computertomographie des Schädelns mit Kontrastmittel
1-653	(Datenschutz)	Diagnostische Proktoskopie

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

– **Diagnosen zu B-2.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



– **Prozeduren zu B-2.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
8-98a.11	1808	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie
9-984.7	64	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.8	54	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-984.b	47	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
9-984.9	7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.6	4	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.a	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
1-771	(Datenschutz)	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).