

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2017

Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck - Geriatriezentrum -

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.0 am 15.01.2019 um 10:36 Uhr erstellt.

nefutura Deutschland GmbH: <https://www.nefutura.de>

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-12.1 Qualitätsmanagement	15
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	15
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	16
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	20
B-[1].1 Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung	20
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	20
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	20
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	20
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	20
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	21
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	21
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	21
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	22
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	22
B-[1].11 Personelle Ausstattung	22
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	22
B-11.2 Pflegepersonal	22
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	23
B-[2].1 Tagesklinik	24

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	24
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	25
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	25
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	25
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[2].11 Personelle Ausstattung	26
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	26
B-11.2 Pflegepersonal	26
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	27
B-[3].1 Geriatrie	28
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	29
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	29
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	30
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	30
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	30
B-[3].11 Personelle Ausstattung	30
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	30
B-11.2 Pflegepersonal	31
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	32
Teil C - Qualitätssicherung	33
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	33
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	33
C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	35
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	43
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	43
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	44
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	44

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	44
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	44

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck (Standort Rabenhorst)

Einleitungstext

Das Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrizentrum- ist ein Fachkrankenhaus für Geriatrie. Das Haus liegt zentral in Lübeck im Stadtteil St.-Gertrud und verfügt über ansprechende 1 bis 3 Bettzimmer mit eigener Dusche, WC und Balkon. In der angeschlossenen Tagesklinik werden mobile Patienten tagsüber medizinisch und therapeutisch betreut.

Im Mai 2010 wurde das Haus um einen modernen Neubau im Rabenhorst in der Nähe des Lübecker Stadtparks erweitert und verfügt nun insgesamt über 164 stationäre Betten und 50 Plätze in der Tagesklinik. Zudem wurde im Dezember 2014 eine neue Station im Rabenhorst für kognitiv eingeschränkte Patienten eröffnet.

Für die ambulante Versorgung gibt es darüber hinaus eine Fachabteilung „Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung (AGRV)“ mit einem Volumen von 140 Fällen im Jahr. Das erklärte Hauptziel ist neben einer effizienteren Versorgung älterer Menschen vor allem die „Sicherung und / oder der Erhalt einer möglichst hohen Alltagskompetenz für geriatrische Patienten“. Hierzu werden Leistungen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Physikalische Therapie und psychologische Betreuung angeboten.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Fabian Böhls
Position	Controllingleitung
Telefon	0451 / 98902 - 458
Fax	0451 / 98902 - 475
E-Mail	boehls@geriatrie-luebeck.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Axel Wiebensohn
Position	Kaufmännischer Direktor
Telefon.	0451 / 98902 - 461
Fax	0451 / 98902 - 475
E-Mail	wiebensohn@geriatrie-luebeck.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.geriatrie-luebeck.de
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name:	Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck -Geriatrizentrum-
Institutionskennzeichen:	260102014
Standortnummer:	00
Hausanschrift:	Marlistr. 10 23566 Lübeck
Postanschrift:	Marlistr. 10 23566 Lübeck
Internet	http://www.geriatrie-luebeck.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Martin Willkomm	Ärztlicher Direktor	0451 / 98902 - 452	0451 / 98902 - 480	willkomm@geriatrie-luebeck.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Margret Pomorin	Pflegedirektorin	0451 / 98902 - 471	0451 / 98902 - 480	pomorin@geriatrie-luebeck.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Axel Wiebensohn	Kaufmännischer Direktor	0451 / 98902 - 461	0451 / 98902 - 475	wiebensohn@geriatrie-luebeck.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:	DRK-Schwesternschaft Lübeck e. V. und AMEOS Krankenhausgesellschaft Südholstein mbH
Art:	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ Universitätsklinikum Lübeck

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	in Zusammenarbeit mit der BZgA
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Aromapflege: Pflege mit Aromaölen, Phytotherapie. Es werden Wickel, Auflagen und Tees angewendet.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Aphasikergruppe Lübeck Rheumaliga
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			keine
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			keine
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			keine
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			keine
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0,00 EUR pro Tag (max)		20,00 EUR Pfand für die Fernbedienung Kopfhörer werden zum Kauf angeboten

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM18	Telefon am Bett	1,50 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,05 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen		keine
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			keine
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0,00 EUR pro Stunde (max) 0,00 EUR pro Tag		keine
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad			keine
NM42	Seelsorge			keine
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			keine
NM67	Andachtsraum			Raum der Stille im Rabenhorst vorhanden

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF24	Diätetische Angebote	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 164

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:	2824
Teilstationäre Fallzahl:	658
Ambulante Fallzahl:	138

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	26,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,27
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	4
Stationäre Versorgung	22,27

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	15,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,51
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,81
Stationäre Versorgung	12,7
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen 0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	64,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,84
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	61,32
Ambulante Versorgung	5,83
Stationäre Versorgung	58,33

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	25,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,92
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	21,49
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	25,41

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	13,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,28
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	10,84
Ambulante Versorgung	0,62
Stationäre Versorgung	12,5

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	1,5

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)
Anzahl Vollkräfte	17,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,04
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	5,68
Stationäre Versorgung	11,36
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)
Anzahl Vollkräfte	2,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,71
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,9
Stationäre Versorgung	1,81
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)
Anzahl Vollkräfte	2,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,5
Stationäre Versorgung	1,5
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
Anzahl Vollkräfte	29,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,48
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	9,8
Stationäre Versorgung	19,68
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
Anzahl Vollkräfte	6,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,47
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,1
Stationäre Versorgung	4,37
Kommentar/ Erläuterung	

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

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	8,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	8,93
Ambulante Versorgung	1,53
Stationäre Versorgung	7,4
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	60,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	60,0
Ambulante Versorgung	15,0
Stationäre Versorgung	45,0
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin (SP35)
Anzahl Vollkräfte	1,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	1,0
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	7,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,8
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	2,5
Stationäre Versorgung	5,3
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43)
Anzahl Vollkräfte	0,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	0,6
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	3,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,32
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	1,0
Stationäre Versorgung	2,32
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Kathrin Nörenberg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellvertretende Pflegedirektorin / Qualitätsbeauftragte
Telefon	0451 98902 192
Fax	0451 98902 172
E-Mail	noerenberg@geriatrie-luebeck.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Qualitätszirkel
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	eigenständige Position für Risikomanagement
Name	Dr. med. Martin Willkomm
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0451 98902 452
Fax	0451 98902 480
E-Mail	willkomm@geriatrie-luebeck.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärzte, Verwaltung und Pflege
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungswinteres Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	individuell nach Fall umgesetzt

Einrichtungswinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungswinteres Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungswübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungswübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	2 beauftragte Ärzte sind mit der Hygiene betraut.
Hygienefachkräfte (HFK)		
Hygienebeauftragte in der Pflege		
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		quartalsweise

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Martin Willkomm
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0451 98902 452
Fax	0451 98902 480
E-Mail	willkomm@geriatrie-luebeck.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortsspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Haus-Briefkasten
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Martin Willkomm	Ärztlicher Direktor	0451 98902 452	0451 98902 480	willkomm@geriatrie-luebeck.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Pflegeombudsfrau Dagmar Danke-Bayer	Der Pflegeombudsverein Schleswig-Holstein	0180 5235384		ombudsverein@aecksh.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	über externe Einrichtung
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	über externe Einrichtung
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	trifft nicht zu	

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Ambulante Geriatrische Rehabilitative Versorgung
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Marlistr. 10	23566 Lübeck	http://www.geriatrie-luebeck.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Martin Willkomm	Ärztlicher Direktor	0451 / 98902 - 452	0451 / 98902 - 480	willkomm@geriatrie-luebeck.de

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

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

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Ganzheitliche Behandlung älterer mehrfach erkrankter Menschen, die durch ihre Erkrankung in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt oder bereits hilfsbedürftig geworden sind. Häufige Ursachen dafür sind z.B.:Knochenbrüche, große Operationen, Schlaganfall, ...

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	138

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R26	45	Störungen des Ganges und der Mobilität
I63	12	Hirnfarkt
S72	12	Fraktur des Femurs
S42	8	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
M51	6	Sonstige Bandscheibenschäden
M48	4	Sonstige Spondylopathien
I50	< 4	Herzinsuffizienz
M54	< 4	Rückenschmerzen
R52	< 4	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
R53	< 4	Unwohlsein und Ermüdung
S32	< 4	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
C18	< 4	Bösartige Neubildung des Kolons
M17	< 4	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M19	< 4	Sonstige Arthrose
S22	< 4	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
C32	< 4	Bösartige Neubildung des Larynx
F32	< 4	Depressive Episode
G20	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom
I21	< 4	Akuter Myokardinfarkt
I25	< 4	Chronische ischämische Herzkrankheit
I38	< 4	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I42	< 4	Kardiomyopathie
I61	< 4	Intrazerebrale Blutung
I71	< 4	Aortenaneurysma und -dissektion
J44	< 4	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J86	< 4	Pyothorax
M15	< 4	Polyarthrose
M16	< 4	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M47	< 4	Spondylose
M80	< 4	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M87	< 4	Knochennekrose
M96	< 4	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
R29	< 4	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Rezeptambulanz		Rezeptambulanz

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

keine Angaben

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

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

stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,52
Stationäre Versorgung	0,0
Fälle je VK/Person	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,33
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,33
Stationäre Versorgung	0,0
Fälle je VK/Person	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	2,05
Ambulante Versorgung	2,05
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	

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

**B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[2].1 Tagesklinik

Name der Organisationseinheit / Tagesklinik

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 0260

Art der Abteilung Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Marlistr. 10	23566 Lübeck	http://www.geriatrie-luebeck.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Martin Willkomm	Ärztlicher Direktor	0451 / 98902 - 452	0451 / 98902 - 480	willkomm@geriatrie-luebeck.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten Ja und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der

DKG nach § 135c SGB V:

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Ganzheitliche Behandlung älterer mehrfach erkrankter Menschen, die durch ihre Erkrankung in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt oder bereits hilfsbedürftig geworden sind. Häufige Ursachen dafür sind z.B.: Knochenbrüche, große Operationen, Schlaganfall, ...

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 658

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R26	379	Störungen des Ganges und der Mobilität
I63	43	Hirnfarkt
S42	32	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S72	32	Fraktur des Femurs
M48	10	Sonstige Spondylopathien
G20	9	Primäres Parkinson-Syndrom
S32	9	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S82	9	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
R52	7	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
M54	6	Rückenschmerzen
S52	5	Fraktur des Unterarmes
I61	4	Intrazerebrale Blutung
M19	4	Sonstige Arthrose
R29	4	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
I70	< 4	Atherosklerose
R53	< 4	Unwohlsein und Ermüdung
G35	< 4	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
I21	< 4	Akuter Myokardinfarkt
I25	< 4	Chronische ischämische Herzkrankheit
I50	< 4	Herzinsuffizienz
I64	< 4	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
J44	< 4	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
M15	< 4	Polyarthrose
M17	< 4	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M47	< 4	Spondylose
N17	< 4	Akutes Nierenversagen
S06	< 4	Intrakranielle Verletzung
T84	< 4	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-98a	9795	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
1-632	20	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-440	18	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-613	8	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
1-207	4	Elektroenzephalographie (EEG)
1-208	< 4	Registrierung evozierter Potentiale
1-206	< 4	Neurographie
3-052	< 4	Transösophageale Echokardiographie [TEE]

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,48
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	3,48
Stationäre Versorgung	0,0
Fälle je VK/Person	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,48
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	2,48
Stationäre Versorgung	0,0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ63	Allgemeinmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	3,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	3,78
Ambulante Versorgung	3,78
Stationäre Versorgung	0,0
Fälle je VK/Person	

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62
Ambulante Versorgung	0,62
Stationäre Versorgung	0,0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3].1 Geriatrie

Name der Organisationseinheit / Geriatrie

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 0200

Art der Abteilung Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Marlistr. 10	23566 Lübeck	http://www.geriatrie-luebeck.de
Rabenhorst 1	23568 Lübeck	http://www.geriatrie-luebeck.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Martin Willkomm	Ärztlicher Direktor	0451 / 98902 - 452	0451 / 98902 - 480	willkomm@geriatrie-luebeck.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten Ja und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der

DKG nach § 135c SGB V:

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Ganzheitliche Behandlung älterer mehrfach erkrankter Menschen, die durch ihre Erkrankung in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt oder bereits hilfsbedürftig geworden sind. Häufige Ursachen dafür sind z.B.:Knochenbrüche, große Operationen, Schlaganfall, ...

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

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

Vollstationäre Fallzahl 2825

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S72	287	Fraktur des Femurs
I50	188	Herzinsuffizienz
I63	171	Hirninfrakt
R26	159	Störungen des Ganges und der Mobilität
S42	63	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
A41	62	Sonstige Sepsis
J18	59	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
S32	49	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
R55	46	Synkope und Kollaps
I35	41	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten
M16	36	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
N17	33	Akutes Nierenversagen
N39	28	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
I51	25	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit
J44	24	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
I21	23	Akuter Myokardinfarkt
J15	22	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
M48	22	Sonstige Spondylopathien
E86	21	Volumenmangel
I70	19	Atherosklerose
G20	16	Primäres Parkinson-Syndrom
R42	16	Schwindel und Taumel
S30	16	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S70	16	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels
M17	15	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
A46	14	Erysipel [Wundrose]
G40	14	Epilepsie
K56	14	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
R52	14	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
C20	13	Bösartige Neubildung des Rektums
I26	13	Lungenembolie
I10	12	Essentielle (primäre) Hypertonie
M80	12	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
T84	12	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
E87	11	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-550	2668	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
9-984	1646	Pflegebedürftigkeit
8-192	613	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde
1-632	362	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-440	324	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
8-800	112	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-613	98	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
3-052	90	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
1-207	70	Elektroenzephalographie (EEG)
8-98g	52	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
8-987	43	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
9-200	40	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
1-650	38	Diagnostische Koloskopie
3-200	37	Native Computertomographie des Schädels
3-990	28	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5-431	20	Gastrostomie
3-225	18	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
8-640	17	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
1-444	16	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3-220	14	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-205	13	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-222	13	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
5-572	13	Zystostomie
3-800	11	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
8-152	11	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
1-206	9	Neurographie
1-844	9	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	22,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,27
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	22,27
Fälle je VK/Person	126,85226

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	12,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,7
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	12,7
Fälle je VK/Person	222,44094
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ23	Innere Medizin	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
AQ42	Neurologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	58,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,84
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	55,49
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	58,33
Fälle je VK/Person	48,43133

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	25,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,92
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	21,49
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	25,41
Fälle je VK/Person	111,17670

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	12,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,28
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	10,22
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,5
Fälle je VK/Person	226,00000

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	1,5
Fälle je VK/Person	1883,33333
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	4	100,0	
Geburtshilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/- Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz- Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	338	99,1	drei Bögen ohne QS- Filtermeldungen - Fallzusammenführungen

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	94,01
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,88 / 94,13
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	98,43
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,39 / 98,48
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis im Berichtsjahr	

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	95,59
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,49 / 95,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen) 2006
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	98,50
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 / 98,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	1,04
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	96,25
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,18 / 96,32
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	96,63
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 / 96,97
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen) 2009
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	95,27
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,18 / 95,35
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	N01
Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Bundesergebnis	0,01
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 / 0,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet	
Ergebnis (Einheit)	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	A41
Fachlicher Hinweis IQTIG	unverändert
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	21
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	21
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	21

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