



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	10
	Einleitung	10
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	11
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	11
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	11
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	11
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	13
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	13
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	13
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	16
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	16
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	18
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	18
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	18
A-9	Anzahl der Betten	18
A-10	Gesamtfallzahlen	18
A-11	Personal des Krankenhauses	19
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	19
A-11.2	Pflegepersonal	19
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	20

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	20
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-12.1	Qualitätsmanagement	20
A-12.1.1	Verantwortliche Person	20
A-12.1.2	Lenkungsgremium	20
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	21
A-12.2.1	Verantwortliche Person	21
A-12.2.2	Lenkungsgremium	21
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	21
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	22
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	23
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	23
A-12.3.1	Hygienepersonal	23
A-12.3.1.1	Hygienekommission	24
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	24
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	24
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	25
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	25
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	26
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	26
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	27
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	28
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	28
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	28
A-12.5.2	Verantwortliche Person	29

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	29
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	29
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	30
A-13	Besondere apparative Ausstattung	30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	31
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	31
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	31
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	31
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	31
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	32
B-[1500-01]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	32
B-[1500-01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1500-01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	32
B-[1500-01].1.2	Ärztliche Leitung	32
B-[1500-01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33
B-[1500-01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1500-01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[1500-01].6	Hauptdiagnosen nach ICD	35
B-[1500-01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	36
B-[1500-01].6.2	Kompetenzdiagnosen	36
B-[1500-01].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	37
B-[1500-01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	38
B-[1500-01].7.2	Kompetenzprozeduren	38
B-[1500-01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[1500-01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	39

B-[1500-01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	39
B-[1500-01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	39
B-[1500-01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	40
B-[1500-01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	41
B-[1500-01].11	Personelle Ausstattung	41
B-[1500-01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	41
B-[1500-01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	41
B-[1500-01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	41
B-[1500-01].11.2	Pflegepersonal	42
B-[1500-01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	42
B-[1500-01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	42
B-[1500-01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	42
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0100-01]	Klinik für Innere Medizin	43
B-[0100-01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[0100-01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	43
B-[0100-01].1.2	Ärztliche Leitung	43
B-[0100-01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	43
B-[0100-01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[0100-01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[0100-01].6	Hauptdiagnosen nach ICD	46
B-[0100-01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	47
B-[0100-01].6.2	Kompetenzdiagnosen	47
B-[0100-01].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[0100-01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	49
B-[0100-01].7.2	Kompetenzprozeduren	49

B-[0100-01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[0100-01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	50
B-[0100-01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	50
B-[0100-01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50
B-[0100-01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	50
B-[0100-01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-[0100-01].11	Personelle Ausstattung	51
B-[0100-01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	51
B-[0100-01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	51
B-[0100-01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	51
B-[0100-01].11.2	Pflegepersonal	51
B-[0100-01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	52
B-[0100-01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	52
B-[0100-01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	52
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3752-01]	Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin	53
B-[3752-01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-[3752-01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	53
B-[3752-01].1.2	Ärztliche Leitung	53
B-[3752-01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	53
B-[3752-01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[3752-01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[3752-01].6	Hauptdiagnosen nach ICD	55
B-[3752-01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	56
B-[3752-01].6.2	Kompetenzdiagnosen	56
B-[3752-01].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57

B-[3752-01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	58
B-[3752-01].7.2	Kompetenzprozeduren	58
B-[3752-01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	58
B-[3752-01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	59
B-[3752-01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	59
B-[3752-01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	59
B-[3752-01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	59
B-[3752-01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	59
B-[3752-01].11	Personelle Ausstattung	59
B-[3752-01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	59
B-[3752-01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	59
B-[3752-01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	59
B-[3752-01].11.2	Pflegepersonal	60
B-[3752-01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	60
B-[3752-01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	60
B-[3752-01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	60
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1600-01]	Klinik für Schulterchirurgie und Traumatologie	61
B-[1600-01].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[1600-01].1.1	Fachabteilungsschlüssel	61
B-[1600-01].1.2	Ärztliche Leitung	61
B-[1600-01].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	62
B-[1600-01].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[1600-01].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[1600-01].6	Hauptdiagnosen nach ICD	63

B-[1600-01].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	64
B-[1600-01].6.2	Kompetenzdiagnosen	64
B-[1600-01].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-[1600-01].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	66
B-[1600-01].7.2	Kompetenzprozeduren	67
B-[1600-01].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	67
B-[1600-01].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	67
B-[1600-01].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	67
B-[1600-01].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	67
B-[1600-01].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	67
B-[1600-01].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	67
B-[1600-01].11	Personelle Ausstattung	68
B-[1600-01].11.1	Ärzte und Ärztinnen	68
B-[1600-01].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	68
B-[1600-01].11.1.2	Zusatzweiterbildung	68
B-[1600-01].11.2	Pflegepersonal	68
B-[1600-01].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	68
B-[1600-01].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	69
B-[1600-01].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	69
C	Qualitätssicherung	70
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	70
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	70
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	73
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	73

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	117
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	117
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	117
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	117
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	118
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr		118
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	118
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	118
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	119
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		119
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		119
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	119
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	120

Vorwort

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands. Wir sehen unsere Aufgabe darin, die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen zu verbessern und zu erhalten. Der Kern unseres Selbstverständnisses ist die Kombination einer hochqualifizierten medizinischen und pflegerischen Versorgung mit einer familiären Atmosphäre in unseren Einrichtungen.

Gesundheit aus einer Hand: Unser Unternehmen wurde 1991 gegründet und baut auf der 100-jährigen Tradition des Kur- und Klinikbetriebes von Bad Wilsnack im Land Brandenburg auf. Inzwischen haben wir uns zu einem Gesundheitsdienstleister entwickelt, der in seinem Netzwerk moderner stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen Gesundheit aus einer Hand anbietet.

Wir betreiben Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior*innen, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste mit über 2.600 Betten und Plätzen und beschäftigen 4.800 Mitarbeiter*innen.

Wir stehen für innovative Leistungen und investieren kontinuierlich in modernste medizinische Technologie und Infrastruktur sowie in die hohe Professionalität unserer Mitarbeiter*innen. Wir sind ein wichtiger Arbeitgeber in den jeweiligen Regionen unserer Einrichtungen. Wir sind Berufsausbilder und unsere Lehrkrankenhäuser sorgen in Kooperation mit Universitätskliniken für qualifizierten Nachwuchs und die Weiterbildung unseres medizinischen Personals auf höchstem Niveau.

Einleitung

Die KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen verfügt über 65 Betten in den Fachrichtungen Allgemeine Chirurgie, Schulterchirurgie und Traumatologie, Innere Medizin sowie Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin. Im Jahr werden hier über 2.500 Patient*innen stationär und knapp 4.000 ambulant behandelt. Hoch qualifizierte und motivierte Ärzt*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen kümmern sich mit hoher Zuwendung um die Gesundheit und das Wohl der Patient*innen. Das Krankenhaus ist mit neuester Medizintechnik zur Diagnostik und Therapie hoch funktional ausgestattet. Darüber hinaus ist im Klinikum eine Radiologische Praxis untergebracht, welche die radiologische Diagnostik für das Krankenhaus erbringt. Zudem besteht eine Anbindung an eine Teleradiologie.

Unsere KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen gehört nach einem Trägerwechsel, seit dem 01.07.2019, zur KMG Kliniken Thüringen Brandenburg GmbH. Zusammen mit den unmittelbar in der Region gelegenen KMG Kliniken in Sonderhausen und Sömmerda bildet die KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen ein Netzwerk. So erhalten die Patient*innen Gesundheit aus einer Hand.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Diana Richter
Telefon	034671 65 122
Fax	034671 65 129
E-Mail	diana.richter@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
-------------------------------	--------------------------------

Titel, Vorname, Name	Alexandra Lenk-Schiede
Telefon	03634 52 1582
Fax	03634 52 1227
E-Mail	a.lenk-schiede@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	http://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen
PLZ	06567
Ort	Bad Frankenhausen
Straße	An der Wipper
Hausnummer	2
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773339000
Standort-Nummer alt	01
Telefon-Vorwahl	034671
Telefon	650
E-Mail	bad-frankenhausen@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	http://www.kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen

PLZ	06567
Ort	Bad Frankenhausen
Straße	An der Wipper
Hausnummer	2
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773339000
Standort-Nummer alt	1
Standort-URL	http://www.kmg-kliniken.de/kmg-manniske-bad-frankenhausen/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Diana Richter

Telefon 034671 65 122
Fax 034671 65 129
E-Mail diana.richter@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name Diana Richter
Telefon 03634 52 1119
Fax 03634 52 1228
E-Mail diana.richter@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name Diana Richter
Telefon 03632 67 1171
Fax 034671 65 129
E-Mail diana.richter@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name Dr. med. Oliver Kluge
Telefon 034671 65 205
Fax 034671 65 129
E-Mail o.kluge@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name Dr. med. Peter Brand
Telefon 03634 52 1480
Fax 03634 52 1207
E-Mail p.brand@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name Dr. med. Oliver Altenkirch
Telefon 03632 67 1101
Fax 03632 67 1017
E-Mail o.altenkirch@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name Karin Pätz
Telefon 034671 65 118
Fax 034671 65 149
E-Mail k.paetz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name Antje Rottorf
Telefon 03634 52 1540
Fax 03634 52 1117
E-Mail a.rottorf@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Katrin Fischer
Telefon	03632 67 512201
Fax	03632 67 1201
E-Mail	katrin.fischer@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts

KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Diana Richter
Telefon	034671 65 122
Fax	034671 65 129
E-Mail	diana.richter@kmg-kliniken.de

KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Kluge
Telefon	034671 65 205
Fax	034671 65 129
E-Mail	o.kluge@kmg-kliniken.de

KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikmanagerin
Titel, Vorname, Name	Franziska Becker
Telefon	034671 65 141
Fax	034671 65 129
E-Mail	f.becker@kmg-kliniken.de

KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Karin Pätz
Telefon	034671 65 118
Fax	034671 65 149
E-Mail	k.paetz@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu
-----------------	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Med.pfleg. Leistungsangebot

MP63 - Sozialdienst

1 *Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche und pflegerische Betreuung im Krankenhaus. Er gewährleistet mit seinem breiten Leistungsspektrum Hilfe in allen Fragen zur Entlassung und Weiterbehandlung.*

MP51 - Wundmanagement

2 *Eine ärztlich-pflegerische Wundkommission mit qualifizierten Wundexperten gewährleistet die professionelle Behandlung und Beratung zu allen Fragen der Wundbehandlung.*

MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

3 *Ein spezielles Case Management oder Bezugspflege wird in verschiedenen Fachbereichen angewendet.*

MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik

4 *Eine Rückenschule ist in der Gesundheitseinrichtung fachübergreifend durch die Abteilung der Physiotherapie möglich.*

MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

5 *Ist die rechtzeitige Planung und Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus (Zusammenarbeit: Ärzte, Pflegedienst, Sozialdienst). Durch eine frühzeitige Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs wird ermöglicht, notwendige Maßnahmen bereits während des Krankenhausaufenthaltes einzuleiten.*

MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

6 *Eine ärztlich verordnete Versorgung und Ausstattung mit Hilfsmitteln, technischen Hilfen und Körperersatzstücken wird von uns gewährleistet, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine bestehende Behinderung auszugleichen oder den Erfolg einer Behandlung zu sichern.*

MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

7 *Patienten und Angehörige können sich im Gespräch mit unserem Sozialdienst über Selbsthilfegruppen beraten lassen und zu einem ersten Kontakt vermittelt werden. Weiterhin sind wir Mitglied im ambulanten Palliativnetzwerk Nordthüringen.*

MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter

8 **Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege**

Im Rahmen des Entlassmanagements kooperieren wir eng mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

MP24 - Manuelle Lymphdrainage

9 *Die manuelle Lymphdrainage dient dazu, angestaute Flüssigkeit im Gewebe zum Abfluss anzuregen und gleichzeitig zu verhindern, dass mehr Flüssigkeit hineinströmt. Die Lymphdrainage führt unsere Physiotherapie auf ärztliche Anweisung durch.*

MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

10 *Die Abteilung der Physiotherapie ist fachübergreifend für das gesamte Krankenhaus tätig.*

MP37 - Schmerztherapie/-management

11 *Neben medikamentösen Therapiestrategien, regionalen und lokalen invasiven Verfahren ("Schmerzkatheter") und TENS-Anwendung kommen auch physiotherapeutische Maßnahmen und Akupunktur zum Einsatz.*

MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen

12 *Moorpackungen, die Therapie mit Rotlicht und Eispacks stehen u.a. in der Abteilung für Physiotherapie zur Verfügung.*

MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie

13 *Unter dem Begriff physikalische Therapie fasst man Therapieverfahren zusammen, die auf physikalischen Methoden beruhen (z.B. Wärme, Kälte, Licht oder elektrische Reize), wobei die physikalische Therapie als Teilbereich der Physiotherapie angesehen werden kann.*

MP25 - Massage

14 *Medizinische Massagen werden von einem Arzt verordnet, wenn bestimmte körperliche Beeinträchtigungen vorliegen. Sie dienen dem Ziel, körperlichen Einschränkungen entgegenzuwirken oder Beschwerden zu lindern, sodass der Patient im Idealfall wieder ein beschwerdefreies Leben führen kann.*

Med.pfleg. Leistungsangebot

15 MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden

Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung

16 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst

psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie

17 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie

Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Entspannungsübungen

18 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

Pflegevisiten

19 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

Schwerpunkte sind Formen der häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung sowie die Beantragung von Heil- und Hilfsmitteln.

20 MP04 - Atemgymnastik/-therapie

Physiotherapie zur Wiederherstellung der Lungenfunktion

21 MP06 - Basale Stimulation

22 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung

Sozialdienst

23 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung wird im Bereich der Klinik für Innere Medizin angeboten.

24 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

Diabetesberatung

25 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

Vorträge und Informationsveranstaltungen

26 MP26 - Medizinische Fußpflege

Wird bei Bedarf durch eine externe Praxis angeboten und durchgeführt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
- 1 *Bei ausreichenden Kapazitäten ist die Unterbringung einer Begleitperson aus medizinischer Notwendigkeit und darüber hinaus grundsätzlich möglich.*
- 2 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
Wir sind bestrebt die Sonderwünsche unserer Patienten bestmöglich zu erfüllen.
- 3 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
Es werden Informationsveranstaltungen für unsere Patienten organisiert und durchgeführt.
- 4 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
Die grundsätzliche Ausstattung der Patientenzimmer liegt als Zwei-Bett-Zimmer vor.
- 5 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
Jedes Patientenzimmer verfügt über eine eigene Nasszelle.
- 6 NM02: Ein-Bett-Zimmer
Auf unserer Palliativstation gibt es ausschließlich nur Ein-Bett-Zimmer. Bei Bedarf ist auf den weiteren Stationen ein Ein-Bett-Zimmer als Wahlleistung möglich.
- 7 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
Jedes Patientenzimmer verfügt über eine eigene Nasszelle.
- 8 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
Über den Sozialdienst erhält man Information und Unterstützung bei der Vermittlung zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.
- 9 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
Bei Bedarf und auf Wunsch des Patienten.
- 10 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
Jedes Patientenbett verfügt über einen Telefon- sowie Fernsehanschluss. In allen Krankenzimmern stehen verschließbare Fächer für Wertsachen zur Verfügung.
- 11 NM68: Abschiedsraum
Bei Bedarf und auf Wunsch stehen Räumlichkeiten zur Verfügung.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Abteilungsleitung Sozialdienst/Entlassmanagement
Titel, Vorname, Name	Nicole Waschke
Telefon	03634 52 1516
Fax	03634 52 1517
E-Mail	n.waschke@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder
1 Blindenschrift/Brailleschrift
Eine Braille-Beschriftung ist in den Patientenaufzügen vorhanden
- 2 BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
Wir bieten sehbehinderten oder blinden Menschen personelle Unterstützung an.
- 3 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
In unserem Haus sind eine begrenzte Anzahl an Zimmern mit rollstuhlgerechter Ausstattung vorhanden.
- 4 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 5 *Die Fahrstühle der Einrichtung sind rollstuhlgerecht für Patienten und Besucher bedienbar. Der Bettenfahrstuhl wird vom Fachpersonal bedient.*
- 6 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
*In unserem Haus sind rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher*innen vorhanden.*
- 7 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
Es besteht die Möglichkeit ein Schwerlastbett bei Bedarf über eine externe Firma anzufordern. Antidekubitusmatratzen stehen zur Verfügung und werden gezielt eingesetzt.
- 8 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
Die Benutzung des Computertomographen ist für Patienten bis 200 kg und der Magnetresonanztomograph bis 150 kg Körpergewicht nutzbar.
- 9 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
Das Krankenhaus hält spezielle Untersuchungsgeräte wie eine Körperwaage bis 200 kg Körpergewicht sowie Blutdruckmanschetten etc. vor.
- 10 BF21 - Hilfsgерäte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
Ein Lifter steht zur Verfügung und kann bei Bedarf angefordert werden.
- 11 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
Die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln wird abgedeckt.
- 12 BF24 - Diätetische Angebote
Der Ernährungszustand wird bei jedem Patienten erhoben und bei ärztlichem Handlungsbedarf werden individuelle Angebote erstellt.
- 13 BF25 - Dolmetscherdienst
Aufklärungsbögen werden digital über einen externen Anbietern in vielen verschiedenen Sprachen angeboten. Des Weiteren führen wir eine Dolmetscherliste mehrsprachiger Mitarbeiter welche Übersetzungshilfen anbieten. Externe Dolmetscher können ebenfalls hinzugezogen werden.
- 14 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
*In unserem Haus sind rollstuhlgerechte Zugänge zu den Serviceeinrichtungen für Besucher*innen vorhanden.*
- 15 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
Fremdsprachige Mitarbeiter stehen zur Verfügung.
- 16 BF23 - Allergenarme Zimmer
Die Zimmer sind im Allgemeinen allergenarm ausgestattet (Verzicht auf Stoffvorhänge, gut zu reinigende Oberflächen).

Aspekte der Barrierefreiheit

17 BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

Unsere OP-Aufklärungsbögen sind zusätzlich in Englisch verfügbar.

18 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

*Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*

19 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige

In allen Aufzügen sind visuelle Anzeigen vorhanden.

20 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

*Der Zugriff auf Notrufmeldesysteme ist barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*

21 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

*Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*

22 BF11 - Besondere personelle Unterstützung

*Bei Bedarf werden Patient*innen jederzeit durch unsere Mitarbeitern unterstützt.*

23 BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses

<https://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen>

24 BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

1 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

Vollumfänglich schulische Ausbildung und Pflichtpraktikum

2 HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Pflichtpraktikum

3 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Vollumfänglich schulische Ausbildung und Pflichtpraktikum

4 HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger

Pflichtpraktikum

5 HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Pflichtpraktikum

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 65

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 2480

Teilstationäre Fallzahl 0

Ambulante Fallzahl 4082

StäB. Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				9,94
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,94

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				7,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,41

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				3,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,1

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				2,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,2

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				37,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,91

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				10,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,04

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,78

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				1,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,08

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,52	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,52
-----------------	-----------------	---	------------------	------

Die Fachabteilungen der Inneren Medizin, der Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Schulterchirurgie und Traumatologie werden in unserer Einrichtung gemeinsam auf einer Station betrieben.

Unser pflegerisches Fachpersonal versorgt die Patient*innen hier zentral.

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				2,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,8

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,99
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,99

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				10,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,97

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Alexandra Lenk-Schiede
Telefon	03634 52 1582
Fax	03634 52 1228
E-Mail	a.lenk-schiede@kmg-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Qualitätsmanagement, Ärztliche Leitung, Betriebsrat, Pflegedienstleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor

1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement Handbuch

Letzte Aktualisierung: 30.01.2020

2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

RM04: Klinisches Notfallmanagement

3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** LL_Notfallmanagement

Letzte Aktualisierung: 15.05.2023

RM05: Schmerzmanagement

4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Schmerzmanagement

Letzte Aktualisierung: 27.03.2023

RM06: Sturzprophylaxe

5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Sturzprophylaxe

Letzte Aktualisierung: 10.03.2023

RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)

6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

Letzte Aktualisierung: 19.03.2024

RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Einweisung Medizinprodukte

Letzte Aktualisierung: 04.06.2021

8 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Anästhesie Aufwachraum
Letzte Aktualisierung: 17.02.2023
RM18: Entlassungsmanagement
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Patientenentlassung
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
- 1 **Frequenz:** bei Bedarf
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
Frequenz: bei Bedarf
- 3 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
Letzte Aktualisierung: 06.07.2022

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Maßnahmenplanung je nach geschildertem Sachverhalt nach Klassifizierung über Risikomatrix.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

Bezeichnung

1 EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygenikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 1

Erläuterungen Zuständigkeit für die KMG Klinikum Thüringen Brandenburg gGmbH

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 3

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Kluge
Telefon	034671 65 205
Fax	034671 65 129
E-Mail	o.kluge@kmg-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhabe	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja

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

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 20,1

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrument bzw. Maßnahme

HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen

1

Name: MRE Netzwerk Kyffhäuser Kreis

Moderator der Netzwerk-Veranstaltungen ist das Gesundheitsamt Sondershausen.

2

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

3

HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

3

Frequenz: bei Bedarf

HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

4

Frequenz: jährlich

Die Schulungen werden regelmäßig durchgeführt.

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

HAND-KISS

MRSA-KISS

CDAD-KISS

Teilnahme an der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance des RKI (RKI-AVS) - Dateneingabe wie bei KISS über Portal Webkess

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>Digitales Patientenfeedback und analoge Patientenfeedbackbögen</i>
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Alexandra Lenk-Schiede
Telefon	03634 52 1582
Fax	03634 52 1228
E-Mail	a.lenk-schiede@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Waltraud Ulrich
Telefon	034671 65 0
Fax	034671 65 129
E-Mail	w.ulrich@kmg-kliniken.de

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

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Kluge
Telefon	034671 65 205
Fax	034671 65 129
E-Mail	o.kluge@kmg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Kooperation mit externen Apotheken: Waisenhaus Apotheke Halle/Saale

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

- | # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung |
| 2 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern |
| 3 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 4 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	regelmäßiges Deeskalationstraining für die Mitarbeiter der Pflege

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Nein
---------	------

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar Nein
1	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder Die Verfügbarkeit ist in Kooperation mit dem MVZ Thüringen/ Praxis für Radiologie Bad Frankenhausen während der Praxisöffnungszeiten gegeben.</i>
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

Erläuterungen

Das Krankenhaus nimmt gem. §26 - Modul Spezialversorgung an der Notfallversorgung teil.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Ja

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Angabe

Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausesplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

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

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

Ja

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2

SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500-01] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500-01].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Neben funktionellen und chronisch entzündlichen Erkrankungen gehören auch Tumorerkrankungen zu den häufigsten Gründen, Chirurg*innen aufzusuchen. Im Verbund der KMG Kliniken besprechen wir in der Tumorkonferenz in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit die erforderliche Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen.

Wir wenden für Sie in unserer Klinik bei verschiedenen Eingriffen moderne mikrochirurgische Techniken an. Das ermöglicht es uns, viele Operationen ambulant in modern ausgestatteten Operationssälen und mit kurzer stationärer Verweildauer durchzuführen.

Wir führen für Sie im Kyffhäuserkreis elektive - also geplante - chirurgische Operationen mit kurzer stationärer Verweildauer durch. Hinter dem Begriff Viszeralchirurgie verbirgt sich die chirurgische Behandlung der Eingeweide. Daher wird sie auch als Bauchchirurgie bezeichnet.

Im Fokus unserer Behandlung stehen Erkrankungen der Speiseröhre, des Magen- und Darmtraktes, der Brust- und Bauchwand (Hernien), der drüsigen Organe wie Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Bauchspeicheldrüse und Nebennieren.

Auch Lebererkrankungen, Adipositaschirurgie und Störungen durch Zwerchfell- und Beckenbodenerkrankungen werden durch die Viszeralchirurgie behandelt. Wir verfügen über umfangreiche Diagnostikkenntnisse und über enge Kooperationen mit anderen Fachgebieten wie Gastroenterologie, Gynäkologie, Urologie und Radiologie.

B-[1500-01].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-01].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart	
Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Kai Tröger
Telefon	034671 65 402
Fax	034671 65 409
E-Mail	k.troeger@kmg-kliniken.de
Strasse	An der Wipper
Hausnummer	2
PLZ	06567
Ort	Bad Frankenhausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/

B-[1500-01].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1500-01].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
Schwerpunktversorgung
 - 2 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Schwerpunktversorgung
 - 3 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
Hernienchirurgie, Koloproktologie
 - 4 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
 - 5 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Schwerpunktversorgung und die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung in einer niedergelassenen Praxis im MVZ
 - 6 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
 - 7 VC30 - Septische Knochenchirurgie
 - 8 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
Mit Hilfe des im Haus befindlichen Onkologen.
 - 9 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
 - 10 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
z.B. Varizenchirurgie, Thrombosen, Ulcus cruris
 - 11 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
 - 12 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum in Sömmerda (Brustzentrum Mittelthüringen) und MVZ Praxen.
 - 13 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
 - 14 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
 - 15 VD20 - Wundheilungsstörungen
 - 16 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
Konsil
 - 17 VC63 - Amputationschirurgie
 - 18 VI40 - Schmerztherapie
Ein Schmerztherapeut ist im Krankenhaus vorhanden.
 - 19 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
 - 20 VC71 - Notfallmedizin
 - 21 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
 - 22 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
 - 23 VC62 - Portimplantation
Die Portimplantation findet vor allem im Rahmen der Chemotherapie statt.

Medizinische Leistungsangebote

VZ08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne

24 *Die Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne findet ebenfalls in Kooperation mit Dr. med. dent. Steidl in unserer Gesundheitseinrichtung statt.*

25 VC21 - Endokrine Chirurgie

26 VC69 - Verbrennungschirurgie

27 VC24 - Tumorchirurgie

28 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren

VC60 - Adipositaschirurgie

29

Inklusive der OP-Vor- und Nachsorge

30 VC68 - Mammachirurgie

31 VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven

VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

32

Hauptsächlich die Leistungen der Gallenchirurgie

33 VD08 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung

VZ05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

34

Erfolgt in Zusammenarbeit mit Dr. med. dent. Steidl.

35 VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde

z.B. Schweiß- und Talgdrüsenenerkrankungen

36 VD12 - Dermatochirurgie

B-[1500-01].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 512

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[1500-01].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	58
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	27
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	13
4	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	11
5	A46	Erysipel [Wundrose]	11
6	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	11
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	11
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	9
9	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	9
10	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	8
11	K61.0	Analabszess	8
12	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	8
13	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	7
14	K60.3	Analfistel	7
15	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	6
16	K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades	6
17	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	6
18	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	6
19	K62.51	Hämorrhagie des Rektums	6
20	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	5
21	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	5
22	M54.4	Lumboischialgie	5
23	K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	5
24	S06.0	Gehirnerschütterung	5
25	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	5
26	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	5
27	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
28	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	5
29	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	4
30	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	4

B-[1500-01].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	81
2	K80	Cholelithiasis	41
3	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	23
4	K43	Hernia ventralis	22
5	K57	Divertikulose des Darmes	17
6	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	14
7	L03	Phlegmone	13
8	I70	Atherosklerose	12
9	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	12
10	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	11
11	K44	Hernia diaphragmatica	11
12	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	11
13	A46	Erysipel [Wundrose]	11
14	K42	Hernia umbilicalis	9
15	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	9
16	M54	Rückenschmerzen	9
17	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	9
18	K29	Gastritis und Duodenitis	8
19	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	7
20	K85	Akute Pankreatitis	7
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	6
22	S06	Intrakranielle Verletzung	6
23	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	5
24	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	5
25	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	5
26	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	5
27	K35	Akute Appendizitis	5
28	M48	Sonstige Spondylopathien	5
29	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	4
30	L05	Pilonidalzyste	4

B-[1500-01].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500-01].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	93
2	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	63
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	60
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	47
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	40
6	1-653	Diagnostische Proktoskopie	39
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	35
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	28
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	23
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	20
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	19
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	15
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	15
14	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	15
15	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	14
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	12
17	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	12
18	5-916.a1	Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	12
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	12
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	11
21	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	11
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	11
23	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	11
24	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	11
25	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	11
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	10
27	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	10
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	10
29	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	9
30	5-536.47	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik	9

B-[1500-01].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	125
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	108
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	82
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	60
5	5-511	Cholezystektomie	40
6	1-653	Diagnostische Proktoskopie	39
7	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	35
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	34
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	34
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	28
11	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	23
12	5-469	Andere Operationen am Darm	22
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	20
14	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	17
15	5-916	Temporäre Weichteildeckung	16
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	15
17	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	15
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	15
19	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	15
20	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	14
21	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	14
22	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	14
23	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	14
24	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	14
25	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	14
26	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	13
27	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	13
28	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	12
29	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	12
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	12

B-[1500-01].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-01].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
	AM10 - Medizinisches	
3	Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	

B-[1500-01].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1500-01].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500-01].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	9
2	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	8
3	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	7
4	5-898.9	Operationen am Nagelorgan: Nagelplastik	5
5	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
6	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	4
7	5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	4
8	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	4
9	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
10	5-852.a5	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Brustwand und Rücken	< 4
11	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
12	5-859.22	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Oberarm und Ellenbogen	< 4
13	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4
14	5-850.02	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Oberarm und Ellenbogen	< 4
15	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
16	5-852.65	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Brustwand und Rücken	< 4
17	5-902.05	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Hals	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-852.91	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Schulter und Axilla	< 4
19	5-787.07	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna proximal	< 4
20	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
21	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
22	5-852.61	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Schulter und Axilla	< 4
23	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
24	5-850.a1	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Schulter und Axilla	< 4
25	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
26	5-852.67	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	< 4
27	5-852.96	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Bauchregion	< 4
28	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
29	5-850.05	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Brustwand und Rücken	< 4
30	5-636.1	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Ligatur	< 4

B-[1500-01].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	14
2	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	12
3	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	11
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	10
5	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	7
6	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	7
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	6
8	5-898	Operationen am Nagelorgan	5
9	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
10	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	4
11	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	4
12	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
13	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
14	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
15	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
16	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
17	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
18	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
19	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
20	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
21	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
22	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
24	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
25	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4

B-[1500-01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärzt*innen mit ambulanter D-Arzt-Zulassung sind in Kooperation mit der KMG Medizinisches Versorgungszentrum Thüringen GmbH an der Klinik vorhanden.

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

B-[1500-01].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-01].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,05	Fälle je VK/Person	249,7561
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,05
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		1,3	Fälle je VK/Person	393,846161
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,3

B-[1500-01].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500-01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1500-01].11.2 Pflegepersonal

Das Pflegepersonal der Allgemein- und Viszeralchirurgie ist dem Pflegepersonal der Inneren Medizin zugeordnet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

B-[1500-01].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ13 - Hygienefachkraft
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 4 PQ20 - Praxisanleitung
- 5 PQ21 - Casemanagement
- 6 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[1500-01].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
Sozialdienst
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 4 ZP19 - Sturzmanagement

B-[1500-01].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-01] Klinik für Innere Medizin

B-[0100-01].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin

In unserer Klinik für Innere Medizin arbeiten wir eng mit den anderen Fachbereichen des Hauses zusammen.

Patient*innen mit Erkrankungen des Herzens versorgen wir in enger Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen der Klinik für Innere Medizin im KMG Klinikum Sömmerda sowie in Partnerschaft mit den Spezialkliniken der Thüringer Region. Die wesentlichen nichtinvasiven Herz-Kreislauf-Untersuchungen sind in unserem Haus möglich.

Die endoskopische Diagnostik des Magen-Darm-Trakt als Basisdiagnostik innerer Erkrankungen erfolgt mittels Gastro- oder Koloskopie in sehr enger Kooperation mit unserem Medizinischen Versorgungszentrum - Praxis für Chirurgie, Endoskopie & chirurgische Onkologie Bad Frankenhausen.

Nach Erschöpfung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in unserer Klinik werden die Patienten bei Notwendigkeit in spezialisierte Kliniken verlegt.

B-[0100-01].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-01].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin
-------------	----------------------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Teuta Vokri Berisha
Telefon	034671 65 331
Fax	034671 65 339
E-Mail	t.vokriberisha@kmg-kliniken.de
Strasse	An der Wipper
Hausnummer	2
PLZ	06567
Ort	Bad Frankenhausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/

B-[0100-01].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0100-01].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

- 1 *Diagnostik und Therapie entzündlicher Herzerkrankungen, erworbener und angeborener Herzklappenfehler, der akuten und chronischen Herzinsuffizienz, der Kardiomyopathien, der koronaren Herzkrankheit einschließlich ACS und akutem Myokardinfarkt und Folgekrankheiten.*

VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

- 2 *Diagnostik und Therapie von Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, des Säure-Basen-Haushaltes. Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen und Harnwegsinfekten sowie Niereninsuffizienz einschließlich chronischen und akuten Nierenversagen ggf. in Zusammenarbeit mit einem Dialysezentrum.*

VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

- 3 *Diagnostik und Therapie von Lebererkrankungen, des Pankreas einschließlich deren Infektionen und Folgekrankheiten wie portale Hypertension und Enzephalopathie. Diagnostik und konservative Therapie entzündlicher und obstruktiver Erkrankungen der Gallenblase und der extrahepatischen Gallenwege.*

- 4 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

Duplex-/Dopplersonographie

VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

- 5 *Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen der Leber, des Pankreas, der Schilddrüse und des Darmes. Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.*

- 6 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

Diagnostik und Therapie der Rhythmusstörungen mittels Elektrokardioversion, Medikamentöser Rhythmuskonversion

VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

- 7 *Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, der Nebennieren, des Hypothalamus, der Hypophyse und neuroendokriner Tumore. Diagnostik und Therapie des Typ I, II, III-Diabetes, Anpassung der Insulintherapie inkl. Einstellung der Insulinpumpe. Diätische Beratung/Schulung.*

VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

- 8 *Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen der Leber, des Pankreas, der Schilddrüse und des Darmes. Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.*

VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

- 9 *Diagnostik und Therapie der akuten pulmonalen Embolie, erforderlichenfalls unter Einsatz systemisch applizierbarer Fibrinolytika (Medikamente, die zur Auflösung des Thrombus dienen sollen) sowie die Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Formen der pulmonalarteriellen Hypertonie.*

- 10 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

Diagnostik und Therapie septischer Krankheitsbilder. Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.

VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

- 11 *Die Diagnostik und konservative Behandlung der essentiellen Hypertonie, der akuten und chronischen Hochdruckerkrankungen, der Hypertonie-Herzkrankheit sowie die Diagnostik und Therapie sekundärer Hypertonieformen z.B. bedingt durch Katecholamin-produzierende Tumore u.a. Hormonaktive Tumore/Zustände.*

- 12 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen

VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen

- 13 *Alle bekannten Suchttherapeutischen Verfahren werden angeboten.*

VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

- 14 *Diagnostik und Therapie von Blutgerinnungsstörungen incl. Hämo- und Trombophilie-Dagnostik.*

- 15 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

- 16 *Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.*

Medizinische Leistungsangebote

VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

- 17 *Es finden Behandlungen bei Störungen der Atmung und der oberen Atemwege (respiratorische Insuffizienz, Intoxikationen mit Atemdepression, Hyperventilationssyndrome) sowie der unteren Atemwege (akuter und chronischer Bronchitis/COPD, Asthma bronchiale) statt.*

VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

- 18 *Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen der Leber, des Pankreas, der Schilddrüse und des Darmes. Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.*

VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

- 19 *Diagnostik und Therapie entzündlicher Herzerkrankungen, erworbener und angeborener Herzklappenfehler, der akuten und chronischen Herzinsuffizienz, der Kardiomyopathien, der koronaren Herzkrankheit einschließlich ACS und akutem Myokardinfarkt und Folgekrankheiten.*

VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien

- 20 *Diagnostik und Therapie medikamentös induzierter allergischer Reaktionen, einschließlich anaphylaktischer Syndrome sowie die Diagnostik und Therapie allergeninduzierter chronischer Erkrankungen.*

VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

- 21 *Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Dünn- und Dickdarms und einschließlich deren Infektionen wie Virushepatitis und Infektionen des Verdauungstraktes. Diagnostik und Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (M. Crohn und Colitis ulcerosa).*

VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

- 22 *Diagnostik gutartiger und maligner Raumforderungen, diversen Lokalisationen am ganzen Körper vor allem im Gastrointestinaltrakt sowie Leber und Pankreas.*

VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

- 23 *Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.*

VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

- 24 *Labor, Bildgebung, spezielle diagnostische Verfahren/Tests.*

VI38 - Palliativmedizin

- 25 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung und psychoonkologische Betreuung.*

VR04 - Duplexsonographie

- 26 *Duplexsonografien der Extremitäten und hirnversorgenden Gefäße, konservative Therapie der verschiedenen Stadien der pAVK und Folgekrankheiten. Therapie entzündlicher und obstruktiver Venenerkrankungen.*

VI40 - Schmerztherapie

- 27 *Wird integrativ durchgeführt soweit es in den Teilgebieten erforderlich scheint.*

VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie

- 28 *Dopplersonografien der Extremitäten und hirnversorgenden Gefäße, konservative Therapie der verschiedenen Stadien der pAVK und Folgekrankheiten, Therapie entzündlicher und obstruktiver Venenerkrankungen.*

B-[0100-01].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1163
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-01].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	73
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	67
3	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	63
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	46
5	E86	Volumenmangel	42
6	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	36
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	31
8	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	31
9	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	26
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	25
11	R55	Synkope und Kollaps	22
12	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	19
13	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	18
14	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	16
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	15
16	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	14
17	A46	Erysipel [Wundrose]	14
18	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	13
19	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	11
20	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	10
21	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	10
22	R42	Schwindel und Taumel	10
23	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	10
24	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	10
25	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	10
26	K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	10
27	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	8
28	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	8
29	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	8
30	J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes	8

B-[0100-01].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	141
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	73
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	55
5	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	52
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	49
7	E86	Volumenmangel	42
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	41
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	26
10	D50	Eisenmangelanämie	26
11	K29	Gastritis und Duodenitis	24
12	R55	Synkope und Kollaps	22
13	I11	Hypertensive Herzkrankheit	18
14	I21	Akuter Myokardinfarkt	18
15	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	18
16	J20	Akute Bronchitis	17
17	A46	Erysipel [Wundrose]	14
18	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	13
19	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	12
20	N17	Akutes Nierenversagen	12
21	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	12
22	R42	Schwindel und Taumel	10
23	D64	Sonstige Anämien	10
24	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	10
25	I63	Hirninfarkt	10
26	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	10
27	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	9
28	K57	Divertikulose des Darmes	9
29	I20	Angina pectoris	9
30	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	9

B-[0100-01].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-01].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	236
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	162
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	149
4	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	139
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	139
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	115
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	108
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	106
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	102
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	101
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	99
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	97
13	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	95
14	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	84
15	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	76
16	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	68
17	1-710	Ganzkörperplethysmographie	64
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	59
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	57
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	47
21	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	44
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	36
23	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	34
24	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	31
25	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	28
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	27
27	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	27
28	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	24
29	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	20
30	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	19

B-[0100-01].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	710
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	153
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	140
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	115
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	111
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	108
7	1-653	Diagnostische Proktoskopie	106
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	102
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	101
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	97
11	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	95
12	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	76
13	8-390	Lagerungsbehandlung	71
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	68
15	1-710	Ganzkörperplethysmographie	64
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	61
17	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	59
18	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	46
19	9-401	Psychosoziale Interventionen	45
20	3-202	Native Computertomographie des Thorax	36
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	31
22	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	28
23	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	24
24	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	20
25	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	18
26	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	17
27	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	16
28	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	15
29	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	14
30	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	12

B-[0100-01].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-01].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[0100-01].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100-01].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-01].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	20
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	11
3	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	8
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	8
5	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	4
6	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	< 4

B-[0100-01].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	32
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	8

B-[0100-01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärzt*innen mit ambulanter D-Arzt-Zulassung sind in Kooperation mit der KMG Medizinisches Versorgungszentrum Thüringen GmbH an der Klinik vorhanden.

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

B-[0100-01].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-01].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,86	Fälle je VK/Person	406,643372
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,86

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,98	Fälle je VK/Person	587,3737
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,98

B-[0100-01].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100-01].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		18,73	Fälle je VK/Person	62,0929
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,73

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,78	Fälle je VK/Person	653,3708
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,78

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,52	Fälle je VK/Person	2236,53857
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,52

B-[0100-01].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ13 - Hygienefachkraft
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 4 PQ20 - Praxisanleitung
- 5 PQ21 - Casemanagement

B-[0100-01].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
Sozialdienst
- 2 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 3 ZP19 - Sturzmanagement
- 4 ZP20 - Palliative Care
- 5 ZP03 - Diabetes
*Diabetesassistent*in nach DDG*

B-[0100-01].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3752-01] Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

B-[3752-01].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

Auf unserer Palliativstation werden Menschen mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen behandelt, wobei es keine Festlegung auf bestimmte Krankheitsbilder gibt. Aufnahmegründe sind in der Regel ambulant nicht mehr beherrschbare Symptome.

Da die Symptome schwerstkranker Menschen nicht nur physisches Leiden auslösen, sondern immer auch mit psychischen, sozialen, existenziellen oder spirituellen Sorgen und Nöten einhergehen, erfolgt die Behandlung dieser Beschwerden durch ein multiprofessionelles Team.

Während des stationären Aufenthaltes sorgen wir uns um alle Belange unserer Patientinnen und Patienten. Darunter fällt auch die Organisation der ambulanten Pflege in enger Zusammenarbeit mit einem speziell qualifiziertem Ärzte- und Pflegeteam (SAPV-Team) und in enger Kooperation mit anderen Institutionen. Wir bieten Unterstützung und Begleitung an, damit unsere Patientinnen und Patienten die bestmögliche Lebensqualität in der verbleibenden Zeit erreichen können.

B-[3752-01].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 3752 - Palliativmedizin

B-[3752-01].1.2 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Claus-Peter Schneider

Telefon

034671 65 331

Fax

034671 65 339

E-Mail

c.schneider@kmg-kliniken.de

Strasse

An der Wipper

Hausnummer

2

PLZ

06567

Ort

Bad Frankenhausen

URL

<http://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/>

B-[3752-01].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[3752-01].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 2 VI38 - Palliativmedizin
- 3 VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
- 4 VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
- 5 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 6 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 7 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 8 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 9 VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
- 10 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 11 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
- 12 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 13 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 14 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 15 VI39 - Physikalische Therapie
- 16 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 17 VI40 - Schmerztherapie
- 18 VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns

B-[3752-01].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	470
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3752-01].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	48
2	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	31
3	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	28
4	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	17
5	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	16
6	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	16
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	15
8	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	13
9	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	12
10	C22.0	Leberzellkarzinom	12
11	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	11
12	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	11
13	C90.00	Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	9
14	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	9
15	C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	8
16	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	8
17	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	7
18	C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom	7
19	C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	7
20	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	6
21	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	6
22	D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome	5
23	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	5
24	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	5
25	C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	4
26	C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums	4
27	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	4
28	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	4
29	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	4
30	D56.1	Beta-Thalassämie	4

B-[3752-01].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	61
2	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	49
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	48
4	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	28
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	24
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	19
7	C83	Nicht follikuläres Lymphom	17
8	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	15
9	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	15
10	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	9
11	C92	Myeloische Leukämie	9
12	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	8
13	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	7
14	C91	Lymphatische Leukämie	7
15	D46	Myelodysplastische Syndrome	7
16	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	7
17	C82	Follikuläres Lymphom	6
18	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	6
19	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	6
20	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5
21	I50	Herzinsuffizienz	5
22	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	5
23	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	5
24	C07	Bösartige Neubildung der Parotis	4
25	C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	4
26	E83	Störungen des Mineralstoffwechsels	4
27	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	4
28	D56	Thalassämie	4
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
30	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	< 4

B-[3752-01].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3752-01].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	199
2	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	186
3	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	143
4	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	110
5	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	110
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	103
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	91
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	85
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	72
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	72
11	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	56
12	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	55
13	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	47
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	45
15	8-982.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	37
16	8-543.23	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente	36
17	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	36
18	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	35
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	33
20	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	29
21	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	28
22	8-543.21	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	26
23	3-202	Native Computertomographie des Thorax	25
24	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	25
25	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	24
26	8-018.0	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	23
27	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	20
28	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	20
29	8-982.0	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage	19
30	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	19

B-[3752-01].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	480
2	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	186
3	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	179
4	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	143
5	8-547	Andere Immuntherapie	128
6	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	123
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	107
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	72
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	72
10	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	71
11	9-401	Psychosoziale Interventionen	62
12	8-390	Lagerungsbehandlung	56
13	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	51
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	36
15	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	35
16	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	30
17	3-202	Native Computertomographie des Thorax	25
18	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	25
19	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	25
20	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	25
21	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	25
22	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	21
23	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	20
24	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	19
25	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	17
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	15
27	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	14
28	1-653	Diagnostische Proktoskopie	13
29	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	13
30	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	12

B-[3752-01].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3752-01].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[3752-01].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[3752-01].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3752-01].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3752-01].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3752-01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

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

B-[3752-01].11 Personelle Ausstattung**B-[3752-01].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1,13	Fälle je VK/Person	415,9292
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,13
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	1,13	Fälle je VK/Person	415,9292
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,13

B-[3752-01].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
 - 2 AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - 3 AQ23 - Innere Medizin

B-[3752-01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF30 - Palliativmedizin

B-[3752-01].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,14	Fälle je VK/Person	51,42232
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,08	Fälle je VK/Person	435,185181
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,08

B-[3752-01].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ13 - Hygienefachkraft
 - 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
 - 4 PQ20 - Praxisanleitung
 - 5 PQ07 - Pflege in der Onkologie
 - 6 PQ21 - Casemanagement

B-[3752-01].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP20 - Palliative Care
 - 2 ZP05 - Entlassungsmanagement
Sozialdienst
 - 3 ZP18 - Dekubitusmanagement
 - 4 ZP19 - Sturzmanagement
 - 5 ZP03 - Diabetes
*Diabetesassistent*in nach DDG*

B-[3752-01].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1600-01] Klinik für Schulterchirurgie und Traumatologie

B-[1600-01].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Schulterchirurgie und Traumatologie

Das Schultergelenk ist das komplizierte Gelenk im menschlichen Körper. Die Behandlung von Schultererkrankungen erfordert ein hohes Maß an Kompetenz und Erfahrung. Unter der Leitung unseres Chefarztes und ausgewiesenen Schulterexperten Herrn Kenawy bieten wir Ihnen eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

Unsere Klinik genießt im Bereich der Schulterchirurgie einen überregionalen Ruf. Patientinnen und Patienten sowie zuweisende Ärztinnen und Ärzte vertrauen sich uns an. Herr Chefarzt Kenawy, M.B., B.Ch., ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Schwerpunkt Schulterchirurgie. Seine langjährige Erfahrung und herausragende Expertise in der anspruchsvollen Schulterchirurgie werden mit dem Goldenen Prothesensiegel der D-A-CH Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. (DVSE) honoriert. Bundesweit werden insgesamt nur 14 Kliniken mit dem Siegel ausgezeichnet. Darüber hinaus verfügt Chefarzt Kenawy über das Expertenzertifikat der DVSE, das derzeit das höchste Level der Personenzertifizierung in der Schulterchirurgie im deutschsprachigen Raum darstellt.

Erkrankungen und Verletzungen von Schultergelenken können sehr schmerzhaft sein - verbunden mit enormen Einschränkungen im Alltag, im Beruf, in der Freizeit oder beim Sport. An- und Ausziehen, Kämmen, Schlafen, etc. sind oft kaum mehr möglich. Unser Ziel ist es, die schonende und optimale Beweglichkeit Ihrer Schultergelenke wiederherzustellen.

Ob Arthrose des Schultergelenks, Riss der Rotatorenmanschette oder Instabilität der Schulter, das gesamte Behandlungsspektrum wird abgedeckt. Bei den arthroskopisch-rekonstruktiven Eingriffen und der Endoprothetik stehen immer die aktuellsten Therapien und die weltweit modernsten Prothesen und Implantate im Vordergrund. Schmerzen in der Schulter? Bei uns sind Sie in den besten Händen!

B-[1600-01].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

B-[1600-01].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	M.B., B.Ch. Hamo Kenawy
Telefon	034671 65 401
Fax	034671 65 409
E-Mail	h.kenawy@kmg-kliniken.de
Strasse	An der Wipper
Hausnummer	2
PLZ	06567
Ort	Bad Frankenhausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-manniske-klinik-bad-frankenhausen/

B-[1600-01].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1600-01].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- *aller Verletzungen/Unfälle des Schultergelenkes und Oberarmes*
- VX00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Schultergelenks
- 2 *Schulterverschleiß (Omarthrose und ACG-Arthrose); Rotatorenmanschettenriss; Schulter-Engpass-Syndrom (Impingement-Syndrom); Kalkschulter; Schulterluxation und Schulterinstabilität; Schultersteife (Arthrofibrose)*
- 3 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- *anatomische und inverse Schulterprothese*

B-[1600-01].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	335
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600-01].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	158
2	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	25
3	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	24
4	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	23
5	M19.81	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	20
6	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	12
7	M25.61	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	9
8	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	8
9	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	7
10	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	7
11	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	6
12	M94.21	Chondromalazie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
13	S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes	< 4
14	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	< 4
15	S43.02	Luxation des Humerus nach hinten	< 4
16	S46.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des Caput longum des M. biceps brachii	< 4
17	S32.5	Fraktur des Os pubis	< 4
18	M75.6	Läsion des Labrums bei degenerativer Veränderung des Schultergelenkes	< 4
19	S70.0	Prellung der Hüfte	< 4
20	M85.31	Ostitis condensans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
21	M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
22	S27.1	Traumatischer Hämatothorax	< 4
23	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
24	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
25	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
26	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	< 4
27	M54.4	Lumboischialgie	< 4
28	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	< 4
29	M87.22	Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	< 4
30	S43.00	Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet	< 4

B-[1600-01].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterläsionen	211
2	M19	Sonstige Arthrose	44
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	29
4	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	12
5	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	10
6	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4
8	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	< 4
9	M00	Eitrige Arthritis	< 4
10	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	< 4
11	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
12	S52	Fraktur des Unterarmes	< 4
13	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
14	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	< 4
15	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	< 4
16	I50	Herzinsuffizienz	< 4
17	M87	Knochennekrose	< 4
18	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	< 4
19	M85	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur	< 4
20	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4
21	M54	Rückenschmerzen	< 4

B-[1600-01].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1600-01].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	235
2	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	227
3	5-819.10	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidalgelenk	215
4	5-819.01	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Akromioklavikulargelenk	210
5	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	84
6	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	64
7	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	59
8	5-786.2	Osteosyntheseverfahren: Durch Platte	54
9	5-851.11	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Schulter und Axilla	43
10	5-855.71	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Schulter und Axilla	32
11	5-783.21	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Humerus proximal	26
12	5-829.r	Andere gelenkplastische Eingriffe: Rekonstruktion eines knöchernen Glenoiddefektes	24
13	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	24
14	5-810.50	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroglenoidalgelenk	18
15	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	18
16	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	17
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	14
18	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage	12
19	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	10
20	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	7
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	7
22	5-814.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne	6
23	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	5
24	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	5
25	5-810.40	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk	4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	5-814.2	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation eines knöchernen Labrumabrisses (Bankart-Läsion)	4
27	3-206	Native Computertomographie des Beckens	< 4
28	5-787.31	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerus proximal	< 4
29	5-787.11	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus proximal	< 4
30	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4

B-[1600-01].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	565
2	5-819	Andere arthroskopische Operationen	425
3	5-786	Osteosyntheseverfahren	127
4	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	66
5	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	43
6	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	43
7	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	33
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	31
9	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	27
10	9-401	Psychosoziale Interventionen	24
11	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	24
12	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	17
13	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	11
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	10
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	5
16	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	5
17	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	4
18	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
19	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
20	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
22	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
23	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
24	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
25	3-206	Native Computertomographie des Beckens	< 4
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4
27	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
28	3-202	Native Computertomographie des Thorax	< 4
29	5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	< 4
30	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4

B-[1600-01].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600-01].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
	AM10 - Medizinisches	
3	Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	

B-[1600-01].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1600-01].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1600-01].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	< 4
2	5-819.01	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Akromioklavikulargelenk	< 4
3	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	< 4
4	5-787.31	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerus proximal	< 4
5	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
6	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4

B-[1600-01].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	6
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
3	5-819	Andere arthroskopische Operationen	< 4

B-[1600-01].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärzt*innen mit ambulanter D-Arzt-Zulassung sind in Kooperation mit der KMG Medizinisches Versorgungszentrum Thüringen GmbH an der Klinik vorhanden.

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

B-[1600-01].11 Personelle Ausstattung

B-[1600-01].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Das ärztliche Personal der Schulterchirurgie und Traumatologie ist zudem anteilig dem ärztlichen Personal der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	418,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	418,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

B-[1600-01].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1600-01].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1600-01].11.2 Pflegepersonal

Das Pflegepersonal der Schulterchirurgie und Traumatologie ist dem Pflegepersonal der Inneren Medizin zugeordnet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

B-[1600-01].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4 PQ13 - Hygienefachkraft
5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6 PQ20 - Praxisanleitung
7 PQ21 - Casemanagement

B-[1600-01].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
 - Sozialdienst*
- 2 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 3 ZP19 - Sturzmanagement

B-[1600-01].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	92
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	26
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	31
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	146
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	298
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur	
Fallzahl	108
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	127
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	270
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	38
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	370
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	68
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	265
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	260
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	237
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	235
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

NEO - Neonatologie

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	952
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	322
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	63
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,25 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	63
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. 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
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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/. 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	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,17 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	62

3. 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
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. 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
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,87 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	50

5. 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
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

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/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	49

6. 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
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

7. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 2,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht

R10
 eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

232007_50778

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

50778

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<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/>.

Bundesergebnis

0,91

Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 3,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,08

9. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
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-</p>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 3,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind	
Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	11,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,49 - 21,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	7
11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind.	

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900 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/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	12
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,62 - 23,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	6

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,17 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	62
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. 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

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,73 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	49

14. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>

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/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	5,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,90 - 26,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,99

Vertrauensbereich bundesweit

0,95 - 1,03

Rechnerisches Ergebnis

3,31

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,59 - 16,98

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

58003

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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->

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. 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
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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-

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 1,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2458
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	14,37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. 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
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 0,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2458
Beobachtete Ereignisse	14

20. 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
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

21. 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**

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<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	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	2458
Beobachtete Ereignisse	0

22. 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
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 - 0,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	2458
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 84,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

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/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
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/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

10211

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:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit

%

Bundesergebnis

11,95

Vertrauensbereich bundesweit

10,86 - 13,13

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID

60685

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 Expertengremium

Fachlicher Hinweis IQTIG

weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54016

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht 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/>.

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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/>.

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit

einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,86 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	6,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,25 - 6,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

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/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	11,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,38 - 11,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

40. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	<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>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

41. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 der Einführung einer Risikoadjustierung nicht 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>

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>

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/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

44. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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</p>

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/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, 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	9
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 1 (BFH ID1) - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 1 (BFH ID1) - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - Station 3 (BFH Palliativ) - Tagschicht	100 %
4	Innere Medizin - Station 3 (BFH Palliativ) - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin - Station 7 (BFH Palliativ) - Tagschicht	100 %
6	Innere Medizin - Station 7 (BFH Palliativ) - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 1 (BFH ID1) - Tagschicht	85,48 %
2	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 1 (BFH ID1) - Nachtschicht	99,45 %
3	Innere Medizin - Station 3 (BFH Palliativ) - Tagschicht	99,44 %
4	Innere Medizin - Station 3 (BFH Palliativ) - Nachtschicht	98,31 %
5	Innere Medizin - Station 7 (BFH Palliativ) - Tagschicht	97,79 %
6	Innere Medizin - Station 7 (BFH Palliativ) - Nachtschicht	98,9 %

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

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein