



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 | Lenkungs-gremium | 20 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement | 21 |
| A-12.2.1 | Verantwortliche Person | 21 |
| A-12.2.2 | Lenkungs-gremium | 21 |
| A-12.2.3 | Instrumente und Maßnahmen | 21 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungs-internen Fehlermeldesystems | 22 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungs-übergreifenden 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.*
- NM02: Ein-Bett-Zimmer
- 6 *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.*
- NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
- 10 *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
- 1 BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder 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.*
- BF25 - Dolmetscherdienst
- 13 *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

Krankenhausthygienikerinnen 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 | Kopfhäube | 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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). | Ja |

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 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur 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

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| Leistungsart | |
| Leistungsart | 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 Dün- 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 hirnersorgenden 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 hirnersorgenden 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: Partiiell | < 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

Leitungsart

Leitungsart

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 krankenhausesbezogen berechnet. |

KEP - Knieendoprothesenversorgung

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 237 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 0 |
| Kommentar DAS | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 235 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 0 |
| Kommentar DAS | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | Datenschutz |
| Dokumentationsrate | Datenschutz |
| Anzahl Datensätze Standort | 0 |
| Kommentar DAS | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

NEO - Neonatologie

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 5 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 0 |
| Kommentar DAS | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 952 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 0 |
| Kommentar DAS | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. |

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

| | |
|----------------------------|--|
| Fallzahl | 322 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 63 |
| Kommentar DAS | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen 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 |
| | 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 | 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
 Vertrauensbereich bundesweit
 Rechnerisches Ergebnis
 Vertrauensbereich Krankenhaus
Fallzahl
 Grundgesamtheit

0,99
 0,95 - 1,03
 3,31
 0,59 - 16,98
 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 | 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 | <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 | 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 |
| 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 | 1,11 |
| 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 |
| | 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 | 1,21 |
| 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