



Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	28
	Einleitung	29
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	32
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	32
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	32
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	32
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	33
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	33
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	36
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	37
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	37
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	37
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	38
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	38
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	39
A-9	Anzahl der Betten	39
A-10	Gesamtfallzahlen	39
A-11	Personal des Krankenhauses	40
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	40
A-11.2	Pflegepersonal	41
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	42
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	43
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	44

A-12.1	Qualitätsmanagement	44
A-12.1.1	Verantwortliche Person	44
A-12.1.2	Lenkungsgremium	45
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	45
A-12.2.1	Verantwortliche Person	45
A-12.2.2	Lenkungsgremium	45
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	45
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	47
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	47
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	48
A-12.3.1	Hygienezpersonal	48
A-12.3.1.1	Hygienekommission	49
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	50
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen	50
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	51
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	51
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	52
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	52
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	53
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	54
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	54
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	54
A-12.5.2	Verantwortliche Person	54
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	55
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	55

A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	56
A-13	Besondere apparative Ausstattung	57
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	58
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	58
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	58
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	58
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	58
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	59
B-[0100-GU_INN_I]	Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin	59
B-[0100-GU_INN_I].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[0100-GU_INN_I].1.1	Fachabteilungsschlüssel	59
B-[0100-GU_INN_I].1.2	Ärztliche Leitung	59
B-[0100-GU_INN_I].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[0100-GU_INN_I].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[0100-GU_INN_I].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[0100-GU_INN_I].6	Hauptdiagnosen nach ICD	62
B-[0100-GU_INN_I].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	63
B-[0100-GU_INN_I].6.2	Kompetenzdiagnosen	63
B-[0100-GU_INN_I].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	64
B-[0100-GU_INN_I].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[0100-GU_INN_I].7.2	Kompetenzprozeduren	66
B-[0100-GU_INN_I].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	66
B-[0100-GU_INN_I].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	66
B-[0100-GU_INN_I].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	66
B-[0100-GU_INN_I].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	66

B-[0100-GU_INN_I].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	67
B-[0100-GU_INN_I].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	67
B-[0100-GU_INN_I].11	Personelle Ausstattung	68
B-[0100-GU_INN_I].11.1	Ärzte und Ärztinnen	68
B-[0100-GU_INN_I].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	68
B-[0100-GU_INN_I].11.1.2	Zusatzweiterbildung	68
B-[0100-GU_INN_I].11.2	Pflegepersonal	69
B-[0100-GU_INN_I].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	69
B-[0100-GU_INN_I].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	69
B-[0100-GU_INN_I].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	69
B-[0100-GU_INN_II]	Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselkrankungen	70
B-[0100-GU_INN_II].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[0100-GU_INN_II].1.1	Fachabteilungsschlüssel	70
B-[0100-GU_INN_II].1.2	Ärztliche Leitung	70
B-[0100-GU_INN_II].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	70
B-[0100-GU_INN_II].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	71
B-[0100-GU_INN_II].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[0100-GU_INN_II].6	Hauptdiagnosen nach ICD	72
B-[0100-GU_INN_II].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	73
B-[0100-GU_INN_II].6.2	Kompetenzdiagnosen	73
B-[0100-GU_INN_II].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	73
B-[0100-GU_INN_II].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[0100-GU_INN_II].7.2	Kompetenzprozeduren	75
B-[0100-GU_INN_II].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	76

B-[0100-GU_INN_II].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	76
B-[0100-GU_INN_II].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	76
B-[0100-GU_INN_II].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	76
B-[0100-GU_INN_II].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	77
B-[0100-GU_INN_II].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[0100-GU_INN_II].11	Personelle Ausstattung	78
B-[0100-GU_INN_II].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78
B-[0100-GU_INN_II].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	78
B-[0100-GU_INN_II].11.1.2	Zusatzweiterbildung	78
B-[0100-GU_INN_II].11.2	Pflegepersonal	79
B-[0100-GU_INN_II].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	79
B-[0100-GU_INN_II].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	79
B-[0100-GU_INN_II].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[0100-GU_INN_III]	Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie	80
B-[0100-GU_INN_III].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[0100-GU_INN_III].1.1	Fachabteilungsschlüssel	81
B-[0100-GU_INN_III].1.2	Ärztliche Leitung	81
B-[0100-GU_INN_III].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[0100-GU_INN_III].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	81
B-[0100-GU_INN_III].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[0100-GU_INN_III].6	Hauptdiagnosen nach ICD	82
B-[0100-GU_INN_III].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	83
B-[0100-GU_INN_III].6.2	Kompetenzdiagnosen	84
B-[0100-GU_INN_III].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84

B-[0100-GU_INN_III].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[0100-GU_INN_III].7.2	Kompetenzprozeduren	86
B-[0100-GU_INN_III].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	87
B-[0100-GU_INN_III].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	88
B-[0100-GU_INN_III].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	88
B-[0100-GU_INN_III].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	88
B-[0100-GU_INN_III].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	88
B-[0100-GU_INN_III].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88
B-[0100-GU_INN_III].11	Personelle Ausstattung	88
B-[0100-GU_INN_III].11.1	Ärzte und Ärztinnen	88
B-[0100-GU_INN_III].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	88
B-[0100-GU_INN_III].11.1.2	Zusatzweiterbildung	88
B-[0100-GU_INN_III].11.2	Pflegepersonal	89
B-[0100-GU_INN_III].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	89
B-[0100-GU_INN_III].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	89
B-[0100-GU_INN_III].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	89
B-[0102-GU_GERI]	Klinik für Geriatrie	90
B-[0102-GU_GERI].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[0102-GU_GERI].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[0102-GU_GERI].1.2	Ärztliche Leitung	90
B-[0102-GU_GERI].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	90
B-[0102-GU_GERI].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[0102-GU_GERI].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[0102-GU_GERI].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[0102-GU_GERI].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	92

B-[0102-GU_GERI].6.2	Kompetenzdiagnosen	92
B-[0102-GU_GERI].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	92
B-[0102-GU_GERI].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	94
B-[0102-GU_GERI].7.2	Kompetenzprozeduren	94
B-[0102-GU_GERI].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-[0102-GU_GERI].11	Personelle Ausstattung	95
B-[0102-GU_GERI].11.1	Ärzte und Ärztinnen	95
B-[0102-GU_GERI].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	95
B-[0102-GU_GERI].11.1.2	Zusatzweiterbildung	95
B-[0102-GU_GERI].11.2	Pflegepersonal	95
B-[0102-GU_GERI].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	96
B-[0102-GU_GERI].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	96
B-[0102-GU_GERI].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	96
B-[1000-GU_KJM]	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	97
B-[1000-GU_KJM].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[1000-GU_KJM].1.1	Fachabteilungsschlüssel	97
B-[1000-GU_KJM].1.2	Ärztliche Leitung	97
B-[1000-GU_KJM].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	97
B-[1000-GU_KJM].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	98
B-[1000-GU_KJM].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B-[1000-GU_KJM].6	Hauptdiagnosen nach ICD	99
B-[1000-GU_KJM].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	100
B-[1000-GU_KJM].6.2	Kompetenzdiagnosen	101
B-[1000-GU_KJM].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	101
B-[1000-GU_KJM].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	102

B-[1000-GU_KJM].7.2	Kompetenzprozeduren	102
B-[1000-GU_KJM].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	103
B-[1000-GU_KJM].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	103
B-[1000-GU_KJM].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	103
B-[1000-GU_KJM].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	103
B-[1000-GU_KJM].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	103
B-[1000-GU_KJM].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	103
B-[1000-GU_KJM].11	Personelle Ausstattung	103
B-[1000-GU_KJM].11.1	Ärzte und Ärztinnen	103
B-[1000-GU_KJM].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	103
B-[1000-GU_KJM].11.1.2	Zusatzweiterbildung	104
B-[1000-GU_KJM].11.2	Pflegepersonal	104
B-[1000-GU_KJM].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	104
B-[1000-GU_KJM].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	104
B-[1000-GU_KJM].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	104
B-[1500-GU_CH_ALL]	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	105
B-[1500-GU_CH_ALL].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	105
B-[1500-GU_CH_ALL].1.1	Fachabteilungsschlüssel	105
B-[1500-GU_CH_ALL].1.2	Ärztliche Leitung	105
B-[1500-GU_CH_ALL].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	105
B-[1500-GU_CH_ALL].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	106
B-[1500-GU_CH_ALL].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	107
B-[1500-GU_CH_ALL].6	Hauptdiagnosen nach ICD	107
B-[1500-GU_CH_ALL].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	108

B-[1500-GU_CH_ALL].6.2	Kompetenzdiagnosen	108
B-[1500-GU_CH_ALL].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	108
B-[1500-GU_CH_ALL].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	110
B-[1500-GU_CH_ALL].7.2	Kompetenzprozeduren	110
B-[1500-GU_CH_ALL].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	111
B-[1500-GU_CH_ALL].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	111
B-[1500-GU_CH_ALL].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	111
B-[1500-GU_CH_ALL].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	112
B-[1500-GU_CH_ALL].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	113
B-[1500-GU_CH_ALL].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	113
B-[1500-GU_CH_ALL].11	Personelle Ausstattung	114
B-[1500-GU_CH_ALL].11.1	Ärzte und Ärztinnen	114
B-[1500-GU_CH_ALL].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	114
B-[1500-GU_CH_ALL].11.1.2	Zusatzweiterbildung	114
B-[1500-GU_CH_ALL].11.2	Pflegepersonal	114
B-[1500-GU_CH_ALL].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	115
B-[1500-GU_CH_ALL].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	115
B-[1500-GU_CH_ALL].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	115
B-[1500-GU_SCHMERZ]	Schmerztherapie	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].1.1	Fachabteilungsschlüssel	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].1.2	Ärztliche Leitung	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	116

B-[1500-GU_SCHMERZ].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].6	Hauptdiagnosen nach ICD	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	118
B-[1500-GU_SCHMERZ].6.2	Kompetenzdiagnosen	118
B-[1500-GU_SCHMERZ].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].7.2	Kompetenzprozeduren	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	121
B-[1500-GU_SCHMERZ].11	Personelle Ausstattung	122
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1	Ärzte und Ärztinnen	122
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	122
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.2	Zusatzweiterbildung	122
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2	Pflegepersonal	122
B-[1500-GU_SCHMERZ].	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	122

GU_SCHMERZ].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse		
B-[1500-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –		122
GU_SCHMERZ].11.2.2	Zusatzqualifikation		
B-[1500-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal		122
GU_SCHMERZ].11.3	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik		
B-[1500-GU_CH_GCH]	Klinik für Gefäßchirurgie		123
B-[1500-GU_CH_GCH].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		123
B-[1500-GU_CH_GCH].1.1	Fachabteilungsschlüssel		123
B-[1500-GU_CH_GCH].1.2	Ärztliche Leitung		123
B-[1500-GU_CH_GCH].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen		123
B-[1500-GU_CH_GCH].3	Medizinische Leistungsangebote der		123
	Organisationseinheit/Fachabteilung		
B-[1500-GU_CH_GCH].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		124
B-[1500-GU_CH_GCH].6	Hauptdiagnosen nach ICD		124
B-[1500-GU_CH_GCH].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		125
B-[1500-GU_CH_GCH].6.2	Kompetenzdiagnosen		125
B-[1500-GU_CH_GCH].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		126
B-[1500-GU_CH_GCH].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		127
B-[1500-GU_CH_GCH].7.2	Kompetenzprozeduren		128
B-[1500-GU_CH_GCH].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		128
B-[1500-GU_CH_GCH].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		128
B-[1500-GU_CH_GCH].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		128
B-[1500-GU_CH_GCH].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V		128
B-[1500-GU_CH_GCH].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe		128
B-[1500-GU_CH_GCH].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der		128
	Berufsgenossenschaft		
B-[1500-GU_CH_GCH].11	Personelle Ausstattung		128
B-[1500-GU_CH_GCH].11.1	Ärzte und Ärztinnen		128
B-[1500-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung		128
GU_CH_GCH].11.1.1			

B-[1500-GU_CH_GCH].11.1.2	Zusatzweiterbildung	128
B-[1500-GU_CH_GCH].11.2	Pflegepersonal	128
B-[1500-GU_CH_GCH].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	128
B-[1500-GU_CH_GCH].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	128
B-[1500-GU_CH_GCH].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	128
B-[2200-GU_UR]	Klinik für Urologie	129
B-[2200-GU_UR].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
B-[2200-GU_UR].1.1	Fachabteilungsschlüssel	129
B-[2200-GU_UR].1.2	Ärztliche Leitung	129
B-[2200-GU_UR].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	129
B-[2200-GU_UR].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	130
B-[2200-GU_UR].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	130
B-[2200-GU_UR].6	Hauptdiagnosen nach ICD	131
B-[2200-GU_UR].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	132
B-[2200-GU_UR].6.2	Kompetenzdiagnosen	132
B-[2200-GU_UR].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	133
B-[2200-GU_UR].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	134
B-[2200-GU_UR].7.2	Kompetenzprozeduren	134
B-[2200-GU_UR].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	135
B-[2200-GU_UR].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	135
B-[2200-GU_UR].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	135
B-[2200-GU_UR].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	136
B-[2200-GU_UR].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	137
B-[2200-GU_UR].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	137

B-[2200-GU.UR].11	Personelle Ausstattung	138
B-[2200-GU.UR].11.1	Ärzte und Ärztinnen	138
B-[2200-GU.UR].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	138
B-[2200-GU.UR].11.1.2	Zusatzweiterbildung	138
B-[2200-GU.UR].11.2	Pflegepersonal	139
B-[2200-GU.UR].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	139
B-[2200-GU.UR].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	139
B-[2200-GU.UR].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	139
B-[2316-GU.CH.U]	Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie	140
B-[2316-GU.CH.U].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	140
B-[2316-GU.CH.U].1.1	Fachabteilungsschlüssel	140
B-[2316-GU.CH.U].1.2	Ärztliche Leitung	140
B-[2316-GU.CH.U].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	140
B-[2316-GU.CH.U].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	141
B-[2316-GU.CH.U].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	141
B-[2316-GU.CH.U].6	Hauptdiagnosen nach ICD	142
B-[2316-GU.CH.U].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	143
B-[2316-GU.CH.U].6.2	Kompetenzdiagnosen	143
B-[2316-GU.CH.U].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	144
B-[2316-GU.CH.U].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	145
B-[2316-GU.CH.U].7.2	Kompetenzprozeduren	146
B-[2316-GU.CH.U].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	146
B-[2316-GU.CH.U].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	146
B-[2316-GU.CH.U].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	146
B-[2316-GU.CH.U].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	147

B-[2316-GU_CH_U].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	148
B-[2316-GU_CH_U].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	148
B-[2316-GU_CH_U].11	Personelle Ausstattung	149
B-[2316-GU_CH_U].11.1	Ärzte und Ärztinnen	149
B-[2316-GU_CH_U].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	149
B-[2316-GU_CH_U].11.1.2	Zusatzweiterbildung	149
B-[2316-GU_CH_U].11.2	Pflegepersonal	149
B-[2316-GU_CH_U].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	150
B-[2316-GU_CH_U].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	150
B-[2316-GU_CH_U].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	150
B-[2400-GU_GYN_GEB]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	151
B-[2400-GU_GYN_GEB].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	151
B-[2400-GU_GYN_GEB].1.1	Fachabteilungsschlüssel	151
B-[2400-GU_GYN_GEB].1.2	Ärztliche Leitung	151
B-[2400-GU_GYN_GEB].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	151
B-[2400-GU_GYN_GEB].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	152
B-[2400-GU_GYN_GEB].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	152
B-[2400-GU_GYN_GEB].6	Hauptdiagnosen nach ICD	153
B-[2400-GU_GYN_GEB].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	154
B-[2400-GU_GYN_GEB].6.2	Kompetenzdiagnosen	154
B-[2400-GU_GYN_GEB].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	155
B-[2400-GU_GYN_GEB].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	156
B-[2400-GU_GYN_GEB].7.2	Kompetenzprozeduren	156
B-[2400-GU_GYN_GEB].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	157
B-[2400-GU_GYN_GEB].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	157

B-[2400-GU_GYN_GEB].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	157
B-[2400-GU_GYN_GEB].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	158
B-[2400-GU_GYN_GEB].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	159
B-[2400-GU_GYN_GEB].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	159
B-[2400-GU_GYN_GEB].11 Personelle Ausstattung	160
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1 Ärzte und Ärztinnen	160
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	160
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.2 Zusatzweiterbildung	160
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.2 Pflegepersonal	160
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	161
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	161
B-[2400-GU_GYN_GEB].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	161
B-[2600-GU_HNO] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	162
B-[2600-GU_HNO].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	162
B-[2600-GU_HNO].1.1 Fachabteilungsschlüssel	162
B-[2600-GU_HNO].1.2 Ärztliche Leitung	162
B-[2600-GU_HNO].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	162
B-[2600-GU_HNO].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	163
B-[2600-GU_HNO].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	163
B-[2600-GU_HNO].6 Hauptdiagnosen nach ICD	164
B-[2600-GU_HNO].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	165

B-[2600-GU_HNO].6.2	Kompetenzdiagnosen	165
B-[2600-GU_HNO].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	166
B-[2600-GU_HNO].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	167
B-[2600-GU_HNO].7.2	Kompetenzprozeduren	167
B-[2600-GU_HNO].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	168
B-[2600-GU_HNO].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	168
B-[2600-GU_HNO].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	168
B-[2600-GU_HNO].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	169
B-[2600-GU_HNO].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	170
B-[2600-GU_HNO].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	170
B-[2600-GU_HNO].11	Personelle Ausstattung	171
B-[2600-GU_HNO].11.1	Ärzte und Ärztinnen	171
B-[2600-GU_HNO].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	171
B-[2600-GU_HNO].11.1.2	Zusatzweiterbildung	171
B-[2600-GU_HNO].11.2	Pflegepersonal	171
B-[2600-GU_HNO].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	172
B-[2600-GU_HNO].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	172
B-[2600-GU_HNO].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	172
B-[2800-GU_NEU_NEU]	Klinik für Neurologie	173
B-[2800-GU_NEU_NEU].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	173
B-[2800-GU_NEU_NEU].1.1	Fachabteilungsschlüssel	173
B-[2800-GU_NEU_NEU].1.2	Ärztliche Leitung	173
B-[2800-GU_NEU_NEU].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	173
B-[2800-GU_NEU_NEU].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	174
B-[2800-GU_NEU_NEU].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	174

B-[2800-GU_NEU_NEU].6	Hauptdiagnosen nach ICD	175
B-[2800-GU_NEU_NEU].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	176
B-[2800-GU_NEU_NEU].6.2	Kompetenzdiagnosen	176
B-[2800-GU_NEU_NEU].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	177
B-[2800-GU_NEU_NEU].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	178
B-[2800-GU_NEU_NEU].7.2	Kompetenzprozeduren	178
B-[2800-GU_NEU_NEU].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	179
B-[2800-GU_NEU_NEU].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	179
B-[2800-GU_NEU_NEU].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	179
B-[2800-GU_NEU_NEU].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	179
B-[2800-GU_NEU_NEU].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	179
B-[2800-GU_NEU_NEU].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	179
B-[2800-GU_NEU_NEU].11	Personelle Ausstattung	180
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1	Ärzte und Ärztinnen	180
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	180
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1.2	Zusatzweiterbildung	180
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2	Pflegepersonal	180
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	181
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	181
B-[2800-GU_NEU_NEU].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	181
B-[2800]	Klinik für Neurologische Frührehabilitation	182
B-[2800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	182
B-[2800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	182

B-[2800].1.2	Ärztliche Leitung	182
B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	182
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	182
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	182
B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	183
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	184
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen	184
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	185
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	186
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren	187
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	187
B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	187
B-[2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	187
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	187
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	187
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	187
B-[2800].11	Personelle Ausstattung	187
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	187
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	187
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	187
B-[2800].11.2	Pflegepersonal	188
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	188
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	188
B-[2800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	188
B-[3600_GU_ANA]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,	189

	Schmerztherapie und Notfallmedizin	
B-[3600_GU_ANA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	189
B-[3600_GU_ANA].1.1	Fachabteilungsschlüssel	189
B-[3600_GU_ANA].1.2	Ärztliche Leitung	189
B-[3600_GU_ANA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	189
B-[3600_GU_ANA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	190
B-[3600_GU_ANA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	190
B-[3600_GU_ANA].6	Hauptdiagnosen nach ICD	190
B-[3600_GU_ANA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	190
B-[3600_GU_ANA].6.2	Kompetenzdiagnosen	190
B-[3600_GU_ANA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	191
B-[3600_GU_ANA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	192
B-[3600_GU_ANA].7.2	Kompetenzprozeduren	192
B-[3600_GU_ANA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	192
B-[3600_GU_ANA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	193
B-[3600_GU_ANA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	193
B-[3600_GU_ANA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	193
B-[3600_GU_ANA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	193
B-[3600_GU_ANA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	193
B-[3600_GU_ANA].11	Personelle Ausstattung	193
B-[3600_GU_ANA].11.1	Ärzte und Ärztinnen	193
B-[3600_GU_ANA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	193
B-[3600_GU_ANA].11.1.2	Zusatzweiterbildung	193
B-[3600_GU_ANA].11.2	Pflegepersonal	194
B-[3600_GU_ANA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	194
B-[3600_GU_ANA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	194

B-[3600_GU_ANA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	194
B-[3751_GU_RAD]	Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie	195
B-[3751_GU_RAD].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	195
B-[3751_GU_RAD].1.1	Fachabteilungsschlüssel	195
B-[3751_GU_RAD].1.2	Ärztliche Leitung	195
B-[3751_GU_RAD].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	195
B-[3751_GU_RAD].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	196
B-[3751_GU_RAD].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	196
B-[3751_GU_RAD].6	Hauptdiagnosen nach ICD	197
B-[3751_GU_RAD].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	197
B-[3751_GU_RAD].6.2	Kompetenzdiagnosen	197
B-[3751_GU_RAD].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	197
B-[3751_GU_RAD].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	198
B-[3751_GU_RAD].7.2	Kompetenzprozeduren	198
B-[3751_GU_RAD].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	198
B-[3751_GU_RAD].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	199
B-[3751_GU_RAD].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	199
B-[3751_GU_RAD].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	199
B-[3751_GU_RAD].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	199
B-[3751_GU_RAD].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	199
B-[3751_GU_RAD].11	Personelle Ausstattung	199
B-[3751_GU_RAD].11.1	Ärzte und Ärztinnen	199
B-[3751_GU_RAD].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	200
B-[3751_GU_RAD].11.1.2	Zusatzweiterbildung	200
B-[3751_GU_RAD].11.2	Pflegepersonal	200

B-[3751_GU_RAD].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	200
B-[3751_GU_RAD].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	200
B-[3751_GU_RAD].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	200
B-[2900-GU_PSY2000]	Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie	.....	201
B-[2900-GU_PSY2000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung		201
B-[2900-GU_PSY2000].1.1	Fachabteilungsschlüssel		201
B-[2900-GU_PSY2000].1.2	Ärztliche Leitung		201
B-[2900-GU_PSY2000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen		201
B-[2900-GU_PSY2000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	202
B-[2900-GU_PSY2000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung		202
B-[2900-GU_PSY2000].6	Hauptdiagnosen nach ICD		203
B-[2900-GU_PSY2000].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig		204
B-[2900-GU_PSY2000].6.2	Kompetenzdiagnosen		204
B-[2900-GU_PSY2000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS		205
B-[2900-GU_PSY2000].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe		207
B-[2900-GU_PSY2000].7.2	Kompetenzprozeduren		208
B-[2900-GU_PSY2000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten		208
B-[2900-GU_PSY2000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)		208
B-[2900-GU_PSY2000].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)		208
B-[2900-GU_PSY2000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V		208
B-[2900-GU_PSY2000].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe		208
B-[2900-GU_PSY2000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft		208
B-[2900-GU_PSY2000].11	Personelle Ausstattung		209
B-[2900-GU_PSY2000].11.1	Ärzte und Ärztinnen		209

B-[2900-GU_PSY2000].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	209
B-[2900-GU_PSY2000].11.1.2	Zusatzweiterbildung	209
B-[2900-GU_PSY2000].11.2 Pflegepersonal	.....	209
B-[2900-GU_PSY2000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	210
B-[2900-GU_PSY2000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	210
B-[2900-GU_PSY2000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	210
B-[2960_GU_TK_Erwachsene]	Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie	211
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	211
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1.1	Fachabteilungsschlüssel	211
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1.2	Ärztliche Leitung	211
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	211
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	212
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	212
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6	Hauptdiagnosen nach ICD	212
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	213
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6.2	Kompetenzdiagnosen	214
B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	214
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	215

[2960_GU_TK_Erwachsene].7.1

B- Kompetenzprozeduren 215

[2960_GU_TK_Erwachsene].7.2

B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 216

[2960_GU_TK_Erwachsene].8

B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 216

[2960_GU_TK_Erwachsene].8.1

B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 216

[2960_GU_TK_Erwachsene].8.2

B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 216

[2960_GU_TK_Erwachsene].9

B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 216

[2960_GU_TK_Erwachsene].9.1

B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der 216

[2960_GU_TK_Erwachsene].Berufsgenossenschaft

B- Personelle Ausstattung 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].11

B- Ärzte und Ärztinnen 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1

B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.1

B- Zusatzweiterbildung 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.2

B- Pflegepersonal 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].Zulassqualifikation

B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal 217

[2960_GU_TK_Erwachsene].Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3060_GU_TK_Kinder] Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie 218

B-[3060_GU_TK_Kinder].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 218

B-	Fachabteilungsschlüssel	218
[3060_GU_TK_Kinder].1.1		
B-	Ärztliche Leitung	218
[3060_GU_TK_Kinder].1.2		
B-[3060_GU_TK_Kinder].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	218
B-[3060_GU_TK_Kinder].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	219
B-[3060_GU_TK_Kinder].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	219
B-[3060_GU_TK_Kinder].6	Hauptdiagnosen nach ICD	219
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	220
[3060_GU_TK_Kinder].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	220
[3060_GU_TK_Kinder].6.2		
B-[3060_GU_TK_Kinder].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	221
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	222
[3060_GU_TK_Kinder].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	222
[3060_GU_TK_Kinder].7.2		
B-[3060_GU_TK_Kinder].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	223
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	223
[3060_GU_TK_Kinder].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	223
[3060_GU_TK_Kinder].8.2		
B-[3060_GU_TK_Kinder].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	223
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	223
[3060_GU_TK_Kinder].9.1		
B-[3060_GU_TK_Kinder].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	223
B-[3060_GU_TK_Kinder].11	Personelle Ausstattung	224
B-	Ärzte und Ärztinnen	224
[3060_GU_TK_Kinder].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	224
[3060_GU_TK_Kinder].11.1.1		

B-	Zusatzweiterbildung	224
[3060_GU_TK_Kinder].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	224
[3060_GU_TK_Kinder].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	224
[3060_GU_TK_Kinder].11.2.1Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	225
[3060_GU_TK_Kinder].11.2.2Zusatzqualifikation		
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	225
[3060_GU_TK_Kinder].11.3 in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik		
C	Qualitätssicherung	226
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden	226
	Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und	226
	Dokumentationsrate	
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	228
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	228
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §	379
	112 SGB V	
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-	379
	Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen	379
	vergleichenden Qualitätssicherung	
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen -	379
	Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das	379
	Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen	
	Mindestmengen festgelegt sind	
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	379
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung	380
	nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene	380
	(QFR-RL)	

C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	.....	380
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	381
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	381
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	381	
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	385	
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	388
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	394

Vorwort

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands, das hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung in der familiären Atmosphäre seiner Einrichtungen anbietet. KMG betreibt Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior*innen, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste. Das Unternehmen verfügt über rund 2.500 Betten und Plätze und beschäftigt circa 4.900 Mitarbeiter*innen.

Gesundheit aus einer Hand: Durch das Netzwerk moderner stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen bietet die KMG Kliniken Gruppe ihren Patient*innen und Bewohner*innen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Bedürfnissen die optimale Behandlung und Betreuung.



Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020).

Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 wider.

So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Die KMG Akutkliniken halten hochmoderne Medizintechnik und hochqualifiziertes medizinisches Personal vor. In Behandlung und Pflege stehen die Patient*innen im Mittelpunkt. Das spiegeln regelmäßige Umfragen der Krankenkassen wider, die den KMG Kliniken eine hohe Patientenzufriedenheit attestieren. Der Nachweis hoher Standards bei Behandlungsabläufen und Behandlungsergebnissen brachte dem KMG Klinikum Güstrow zahlreiche Zertifizierungen.

Durch die Koordinierung hochgradig spezialisierter Fachgebiete gewährleisten die KMG Kliniken - wo sinnvoll in Ergänzung durch Kooperationen - für Patient*innen jeden Alters mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern eine flächendeckende medizinische Versorgung. Patient*innen profitieren von den kurzen Wegen beim interdisziplinären Austausch zwischen den Fachkliniken.

Die Geschichte des Krankenhauses Güstrow reicht über 130 Jahre zurück. Der Neubau am nördlichen Stadtrand von Güstrow wurde im Jahr 1999 bezogen. Seit 2004 gehört das Klinikum Güstrow dem Verbund der KMG Kliniken an. Seitdem entwickelt sich das hochmoderne Haus durch den Aufbau ausgezeichneter Fachabteilungen zu einem entscheidenden Anker für die stationäre und ambulante medizinische Akutversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Zudem ist das KMG Klinikum Güstrow akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock und bildet in Heil- und Pflegeberufen aus.

In diesem strukturierten Qualitätsbericht präsentieren wir die Ergebnisse aus dem Jahr 2022 und geben Patient*innen, Vertragsärzt*innen und Krankenkassen einen Einblick in unsere allgemeinen und fachspezifischen Leistungsdaten, in unsere Leistungsfähigkeit und in unsere Betreuungsqualität. Der Qualitätsbericht dient der Orientierung und der Entscheidungshilfe.

Zur Qualitätssicherung treiben wir die Entwicklung des KMG Klinikums Güstrow in allen Bereichen stetig voran. Das betrifft die moderne, überdurchschnittliche medizintechnische Ausstattung, die Effizienz und den Erfolg von Behandlungsabläufen, die räumliche Ausstattung, inhaltliche Konzepte und den Aufbau neuer Fachabteilungen ebenso wie die Kompetenz und hohe Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So garantieren wir Leistungen, die nicht nur wissenschaftlichen Standards genügen, sondern die sich darüber hinaus an dem Wohl und den individuellen Anliegen der Patient*innen orientieren. Unser oberstes Unternehmensziel ist es, eine hohe Patient*innenzufriedenheit bei hervorragender medizinischer Ergebnisqualität zu erreichen.

Um die regionale und überregionale medizinische Versorgung der Menschen sicherzustellen, verfügt das KMG Klinikum Güstrow neben vollstationären Behandlungsmöglichkeiten auch über vor- und nachstationäre sowie tagesklinische Behandlungsangebote. Das ambulante Operieren ist ein fester Bestandteil unseres Leistungsspektrums.

Durch folgende Abteilungen wird die medizinische Versorgung unterstützt:

- Diagnostische Bildgebung und Interventionelle Radiologie
- Labordiagnostik
- Krankenhausapotheke
- Pathologie

An diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten besonders hervorzuheben sind:

- Linksherzkathettermessplatz, Elektrophysiologie
- Magnetresonanztomografie (MRT)
- Computertomografie (CT)
- interventionelle Gastroenterologie
- Endosonographie

und

- die weit ausgebauten Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie und nonverbale Therapieverfahren.

In folgenden Bereichen ist das Klinikum zertifiziert:

- Chest Pain Unit (Brustschmerzabteilung)
- Regionales Traumazentrum
- Stroke Unit (Schlaganfallzentrum)
- Endoprothetikzentrum
- Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie
- Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung für Erwachsene und Kinder

Darüber hinaus sind wir Partner der Privaten Krankenversicherung (Qualität und Service).

Des Weiteren ist das Klinikum Güstrow Standort für die Luftrettungsstation „Christoph 34“.

Zur Unterbringung unserer Patient*innen stehen modern eingerichtete Zimmer, ausgestattet mit separatem Sanitärbereich, Fernseher und Telefon zur Verfügung. Im Jahr 2022 wurden in unserem Klinikum 16.936 Patient*innen stationär versorgt. Weitere 14.659 Patient*innen wurden ambulant behandelt. 1.436 ambulante Operationen wurden 2022 durchgeführt. Das ist Ausdruck des weiteren Vertrauens unserer Patient*innen und der einweisenden Ärzt*innen in unserer Klinik. Wir sind zu einem Zentrum der medizinischen Versorgung im Herzen Mecklenburg-Vorpommerns geworden. Dem hat auch die Landeskrankenhausplanung Rechnung getragen. Die Zahlen der Planbetten und -plätze betragen 451.

Wir werden auch in Zukunft alles tun, damit sich Patient*innen in unserer Klinik fachlich kompetent und menschlich zugewandt versorgt fühlen. Veränderungen, die die Zukunft zwingend von uns fordert, sind für uns deshalb Chancen, Prozesse und Abläufe im Sinne unserer Patient*innen zu überprüfen und ggf. neu zu gestalten.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Kathrin Springer
Telefon	03843 343121
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.kmg-kliniken.de/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Güstrow
PLZ	18273
Ort	Güstrow
Straße	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
IK-Nummer	261300276
Standort-Nummer	772987000
Telefon-Vorwahl	03843
Telefon	340
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-guestrow

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Gabriele Pätow
Telefon	03843 341002
Fax	03843 341003
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Güstrow GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universitätsmedizin Rostock

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
 - 1 MP02 - Akupunktur
 - 2 *Psychiatriebereich*
 - MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
 - 3 *Sozialdienst*
 - MP04 - Atemgymnastik/-therapie
 - 4 MP06 - Basale Stimulation
 - 5 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
 - 6 *Sozialdienst*
 - MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
 - 7 *Palliativmedizin*
 - MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
 - 8 *Abteilung Physiotherapie*
 - MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
 - 9 *Anwendung durch Physiotherapeuten*
 - MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
 - 10 *Für die Betreuung der Diabetiker stehen zwei zertifizierte Diabetesberaterinnen (DDG) zur Verfügung. Des Weiteren bieten ausgebildete Diätassistenten Ernährungsberatung und Lehrküchenkurse (Übungskochen) an.*
 - MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
 - 11 *Für die Betreuung der Diabetiker*innen stehen zwei zertifizierte Diabetesberaterinnen (DDG) zur Verfügung. Die Ernährungsberatung erfolgt über zwei ausgebildete Diätassistentinnen.(Schulungsprogramm)*
 - MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
 - 12 *In Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen werden die Entlassungsmodalitäten geregelt.*
 - MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
 - 13 *Therapieangebote für alle Fachbereiche, ambulante Termine können vereinbart werden*
 - MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
 - 14 *Auf den allgemeinen Stationen wird im Pflegesystem der Bereichspflege gearbeitet. In der Psychiatrie kommt die Bezugspflege zur Anwendung.*
 - MP18 - Fußreflexzonenmassage
 - 15 *Abteilung Physiotherapie*
 - MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
 - 16 *In Zusammenarbeit mit internen und externen Hebammen*
 - MP21 - Kinästhetik

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 17 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- Angebot der Abteilung Physiotherapie
- 18 MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
- Ergänzung zur Ergotherapie
- 19 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 20 MP25 - Massage
- Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 21 MP27 - Musiktherapie
- Ergänzung zur Ergotherapie; Musiktherapeut
- 22 MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
- Akupunktur: Bereich Physiotherapie
- 23 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
- Manualtherapie stationär und ambulant
- 24 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
- Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 25 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 26 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
- Diplom Psychologen
- 27 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- Abteilung Physiotherapie
- 28 MP36 - Säuglingspflegekurse
- viertjährlich werden 2 Kurse a 1,5 Stunden angeboten
- 29 MP37 - Schmerztherapie/-management
- ausgebildete Schmerztherapeuten und Schmerzschwestern (Pain Nurse)
- 30 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
- z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe
- 31 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
- autogenes Training und progressive Muskelrelaxion nach Jacobsen, Klangschalentherapie
- 32 MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
- Kreißsaalführungen
- 33 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
- Anleitung zu ATL, zum Eigentraining, zu Blutdruck-, Gerinnungs-, Blutzucker-, Pulskontrolle, zur Wundversorgung und Narbenpflege, zur Medikamenteneinnahme
- 34 MP43 - Stillberatung
- Eine ausgebildete Still- und Laktationsberaterin steht den jungen Müttern beratend zur Seite.
- 35 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
- Abteilung Logopädie
- 36 MP45 - Stomattherapie/-beratung
- Eine qualifizierte Stomaschwester steht für die Betreuung und Beratung der stationären Patienten zur Verfügung.
- 37 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
- Ein privates Sanitätshaus befindet sich im Erdgeschoss des Krankenhauses.

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 38 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
- 38 *Abteilung Physiotherapie*
- 39 MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
- 39 *Abteilung Physiotherapie*
- 40 MP51 - Wundmanagement
- 40 *Drei qualifizierte Wundschwestern steht für die Betreuung und Beratung der stationären Patient*innen zur Verfügung.*
- 40 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- 41 *wird in verschiedenen Bereichen praktiziert, beispielsweise zur Cochlear Implant-Versorgung oder im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung*
- 42 MP53 - Aromapflege/-therapie
- 42 *Die Aromatherapie wird im Bereich der Palliativbehandlung oder auch Schmerztherapie sowie Psychiatriebereich durchgeführt.*
- 43 MP54 - Asthmaschulung
- 44 MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
- 44 *Bereich der HNO-Abteilung*
- 45 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
- 45 *Abteilung Ergotherapie*
- 46 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
- 46 *Abteilung Ergotherapie*
- 47 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
- 47 *Abteilung Physiotherapie*
- 48 MP62 - Snoezelen
- 48 *Tagesklinik für Kinder- und Jugend Psychiatrie*
- 49 MP63 - Sozialdienst
- 49 *Die Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten die Patienten und Ihre Angehörigen in Fragen, die sich im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung oder dem Klinikaufenthalt ergeben. Sie leisten Unterstützung bei allen psychosozialen und sozialrechtlichen Belangen.*
- 50 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
- 50 *z.B. Kreißsaalführungen, Geschwisterschule, Stillcafé, Oma-/Opa-Kurse ...*
- 51 MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
- 51 *Stillvorbereitungskurse (vierteljährlich), Säuglingspflegekurse (s.o.), Tragetuchkurse, Erste Hilfe bei Kindern, Oma-Opa-Kurse, Beikostkurse, Infoabend für werdende Eltern*
- 52 MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
- 52 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
- 53 Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
- 53 *Die Zusammenarbeit erfolgt über die einzelnen Stationen und den Sozialdienst.*
- 54 MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot
- 54 *Im Rahmen der Teilstationären TK Kinder- und Jugendpsychiatrie*
- 55 MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
- 55 *Angebot neurologische Frührehabilitation*

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
Alle Ein-Bett-Zimmer der peripheren Bereiche verfügen über eine eigene Nasszelle.
- 2 NM02: Ein-Bett-Zimmer
Im Rahmen der Wahlleistungen kann die Unterbringung im Einzelzimmer vereinbart werden.
- 3 NM05: Mutter-Kind-Zimmer
Ein Stillraum und drei Familienzimmer sind im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe vorhanden.
- 4 NM07: Rooming-in
In der Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe wird die Möglichkeit des Rooming-In angeboten.
- 5 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
Begleitpersonen (z.B. Eltern) können bei medizinischer Indikation jederzeit gemeinsam im Zimmer der/des Patientin/Patienten untergebracht werden. Auf Wunsch ermöglichen wir Angehörigen, mit Abschluss eines Wahlleistungsvertrages, eine Unterbringung.
- 6 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
- 7 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
Alle Zimmer der peripheren Bereiche verfügen über eine eigene Nasszelle.
- 8 NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
*Der Rezeptionsbereich ist direkt am Eingang des Hauses vorhanden. Die Mitarbeiter*innen des IBKT begleiten unsere Patient*innen, um einen reibungslosen Organisationsablauf bei erforderlichen therapeutischen und diagnostischen Untersuchungen und Behandlungen zu gewährleisten.*
- 9 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
*Ein Krankenhausseelsorger ist im Bedarfsfall für unsere Patient*innen und Mitarbeiter*innen vor Ort und jederzeit telefonisch erreichbar. Zudem verfügt das Haus über eine Krankenhauskapelle.*
- 10 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
Informationsveranstaltungen werden jährlich für alle Bereiche angeboten. z. B. Infoabend für werdende Eltern; Anästhesiologischer Schulter-Arm-Kurs; Aktionstag Saubere Hände; Infoveranstaltung des EndoProthetikZentrums
- 11 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
*In allen Fachbereichen kann der Kontakt zu Selbsthilfegruppen hergestellt werden, z.B. bieten Suchtberatungsstellen aus der Region alkoholkranken Patient*innen Ihre Hilfe an.*
- 12 NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
möglich
- 13 NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet
- 14 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
Kulturelle Ernährungsgewohnheiten werden durch unser Servicepersonal erfragt und berücksichtigt.
- 15 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
- 16 NM70: Abschiedsraum
In jedem Fachbereich kann sich über weitere nicht-medizinische Leistungsangebote informiert werden.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	SBV-Vorsitzende (Schwerbehinderten-Vertretung)
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843 34 3060
Fax	03843 34 3440
E-Mail	M.Schierstedt@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF23 - Allergenarme Zimmer
- 2 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 3 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
*Servicemitarbeiter*innen sind im 2-Schicht-System im Haus ansprechbar.*
- 4 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 5 BF24 - Diätetische Angebote
Zu den Mahlzeiten wird diätische Kost angeboten.
- 6 BF25 - Dolmetscherdienst
Eine Dolmetscherliste ist aktuell im Intranet des Krankenhauses verfügbar.
- 7 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
Ein speziell benötigter Bettentyp kann entsprechend bereit gestellt werden.
- 8 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 9 BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
Patientenlifter, spezielle Tragetücher und andere Hilfsmittel sind für die Pflegekräfte jederzeit nutzbar.
- 10 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 11 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 12 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
Die Bedienleiste kann problemlos vom Rollstuhl aus oder durch kleine Kinder bedient werden.
- 13 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
Rollstuhlgerechte Toiletten stehen auf allen Etagen zur Verfügung.
- 14 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
Serviceräume, wie z. B. die Cafeteria sind mit Rollstühlen befahrbar und mit Aufzügen erreichbar.
- 15 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- 16 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 17 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 18 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

- # Aspekte der Barrierefreiheit
BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
- 19 Alle Informationen des Ausgangstexts werden in Leichte Sprache übertragen, Erläuterungen gegeben, sodass alle relevanten Informationen verständlich gemacht werden können.
- 20 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 21 BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
- 22 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
- 1 Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock. Zur praktischen Ausbildung stehen den Student*innen qualifizierte Tutor*innen zur Seite. In allen Kliniken werden Pflegepraktika und Famulaturen angeboten. Die Teilnahme an internen Fortbildungen ist ebenso möglich.
FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
- 2 Lehrauftrag Universitätsmedizin Rostock (Regellehre: Hauptvorlesung, Seminare, Wahlpflichtfach); Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel: Lehrbeauftragter für den Masterstudiengang „Master of Migraine and Headache Medicine (MMHM)“
FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
- 3 u. a. Herzchirurgie Universitätsmedizin Rostock, Lungenfachklinik Amsee, Klinik und Poliklinik für Neurologie Universitätsmedizin Rostock (Kopfschmerzzentrum Nord-Ost mit Standorten in Rostock/UMR und Güstrow/KMG)
FL09 - Doktorandenbetreuung
- 4 Neurozentrum: Doktoranden in Arbeitsgruppe Kopfschmerz/Schmerz am Kopfschmerzzentrum Nord-Ost, Klinik und Poliklinik für Neurologie/UMR

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Das KMG Klinikum Güstrow bildet derzeit über 150 junge Frauen und Männer in den Bereichen Krankenpflege, Krankenpflegehilfe, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenten aus.

Ausbildung in anderen Heilberufen

HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

1 *Praktischer Teil: im Klinikum durch ausgebildete Praxisanleiter sowie in externen Gesundheitseinrichtungen nach Vorgabe des PfIBG.
Theoretischer Teil: am Regionalen Beruflichen Bildungszentrum (RBZ).*

2 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

*Theorie: an der Ecolea in Güstrow. Praxis: im KMG Klinikum Güstrow nach den Vorgaben der KrAlpfVo M-V.
HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme*

3 *Dauer: 3,5 Jahre. Der theoretische Teil erfolgt an der Universität Rostock, die Praxiseinsätze im KMG Klinikum Güstrow und in weiteren Einrichtungen – gemäß Hebammengesetz (seit 2020 akademisiert).*

HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin

4 *Dauer: 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Klinikum durch Praxisanleiter sowie in weiteren Einrichtungen nach Vorgabe des MPhG.
Theorie: am Regionalen Beruflichen Bildungszentrum (RBZ).*

HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

5 *Die Ausbildung umfasst 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgabe ATA- OTA- G. Der theoretische Teil erfolgt im Regionalen Beruflichen Bildungszentrum des LRO Abteilung Gesundheit im Klinikum.*

HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

6 *Die Ausbildung umfasst 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgaben ATA- OTA- G. Der theoretische Teil erfolgt im Regionalen Beruflichen Bildungszentrum des LRO Abteilung Gesundheit im Klinikum.*

HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

7 *Seit 2023 bieten wir die 3 Jährige Ausbildung an. Der theoretisch Teil erfolgt an der Schule "Alexander Schmorell" in Rostock, der praktische Teil wird im KMG Klinikum in Güstrow nach dem MT BG absolviert.*

HB13 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)

8 *Seit 2023 bieten wir diese 3 Jährige Ausbildung an. Der theoretische Teil erfolgt in der Berufsschule in Schwerin, der praktische Teil wird im KMG Klinikum in Güstrow nach dem MT BG absolviert.*

Des Weiteren wird die 3-jährige Ausbildung zum / zur **Chirurgisch Technische/r Assistent/in (CTA)** angeboten.

Die theoretische Ausbildung erfolgt an der Schule für Operationstechnische und Chirurgisch Technische Assistenten des KMG Klinikums Güstrow. Die Praktische Ausbildung erfolgt in den KMG Akutkliniken oder bei externen Kooperationspartnern.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 451

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	18958
Teilstationäre Fallzahl	328
Ambulante Fallzahl	22175
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				142,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	141,58	Ohne	1,29
Versorgungsform	Ambulant	5,59	Stationär	137,28
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				81,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	80,51	Ohne	1,29
Versorgungsform	Ambulant	4,7	Stationär	77,1

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				283,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	283,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	32,17	Stationär	251,59
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				60,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	60,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	32,17	Stationär	27,87
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				18,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,48
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,86
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				8,02
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,02	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,02
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				26,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	26,41
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,07
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				16,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,11
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,15
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				0,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,39
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				

Gesamt				8,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,33
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				11,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	11,97	Stationär	0
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				11,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	11,97	Stationär	0
Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				10,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,54	Stationär	4,5
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				5,54
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,54	Stationär	0

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				4,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,07	Stationär	2

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				3,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,39	Stationär	1,64

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				5,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,83	Stationär	3,57

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				10,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,59

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt				1,49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,49

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				2,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,59

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Gesamt				0,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,43

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				14,81
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,81

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				8,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,83	Stationär	6,32

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				3,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,87

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				3,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,74

SP30 - Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker

Gesamt				3,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,9

SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge

Gesamt				0,48
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,48

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				7,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,23

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

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

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				7,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,43

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

Gesamt				14,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,1

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Gesamt				3,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,25

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Kathrin Springer
Telefon	03843 343011
Fax	03843 343002
E-Mail	k.springer@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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	alle Fachabteilungen
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 – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulen-chirurgie, Klinik für Innere Medizin II, Zentrale Notaufnahme, Pflege, Therapiebereiche, Qualitätsmanagementbeauftragte

Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme
RM18: Entlassungsmanagement

1 Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PS G019 Patientenentlassung

Letzte Aktualisierung: 15.09.2023

RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

2 Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA_Risikomanagement,VA_CIRS

Letzte Aktualisierung: 22.07.2025

RM04: Klinisches Notfallmanagement

3 Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LL_Notfallmanagement

Letzte Aktualisierung: 29.04.2025

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

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

Letzte Aktualisierung: 26.05.2025

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

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

Letzte Aktualisierung: 25.03.2024

RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde

6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS

Letzte Aktualisierung: 22.07.2025

RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust

7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS

Letzte Aktualisierung: 22.07.2025

8 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

RM05: Schmerzmanagement

9 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Schmerz

Letzte Aktualisierung: 25.03.2025

RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

10 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut

Letzte Aktualisierung: 31.01.2025

RM06: Sturzprophylaxe

11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Sturzprophylaxe

Letzte Aktualisierung: 11.03.2024

12 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

13 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen (FALSCHEN ZUORDNUNG) (FALSCHEN ZUORDNUNG) (FALSCHEN ZUORDNUNG)

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

14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS

Letzte Aktualisierung: 22.07.2025

RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen

15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** LL_Patientenidentifikation Gesamthaus; SOP_Patientenidentifikation bei der Versorgung von Schwerverletzten

Letzte Aktualisierung: 26.06.2025

16 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Andere: Komplikationsbesprechungen i. R. des zertifizierten EndoProthetikZentrums

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
 - 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
 - 1 **Letzte Aktualisierung:** 08.08.2022
 - 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
 - 2 **Frequenz:** monatlich
 - 3 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
 - 3 **Frequenz:** bei Bedarf

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	Zur Förderung der Patientensicherheit werden die Mitarbeitenden jährlich durch einen internen Newsletter über ausgewertete Ereignisse und umgesetzte Maßnahmen informiert. Zusätzlich nimmt die Klinik am CIRSmedical-Netz Deutschland teil und profitiert vom überregionalen Erfahrungsaustausch. Bei Bedarf erfolgen zusätzliche Besprechungen in kürzeren Intervallen, um zeitnah auf gemeldete Fälle zu reagieren und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

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
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums Ja bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienericpersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Der Krankenhaushygieniker ist über ein externes Hygieneinstitut beauftragt. Unser hausinterner Krankenhaushygieniker befindet sich derzeit noch in Ausbildung.

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6

Erläuterungen Am Standort sind sechs hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen tätig.

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	36
Erläuterungen	Es sind in allen Bereichen des Krankenhauses hygienebeauftragte Pflegekräfte berufen. In den größeren Bereichen sind 2 hygienebeauftragte Pflegekräfte tätig. Alle hygienebeauftragte Pflegekräfte haben einen Weiterbildungskurs besucht. Hygientreffen mit den Hygienefachkräften und u.a. der PDL finden regelmäßig statt.

Organisation der Hygiene

Betrieblich-organisatorisch

- Erstellung von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen auf der Basis von KRINKO- Empfehlungen und Leitlinien
- Beratung der Krankenhausleitung in Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- Beratungstätigkeit im Rahmen der Beschaffung medizinischer Güter/ Materialien/ hygienerelevanter Einrichtungsgegenstände
- Beratung von Patienten und Angehörigen zu Hygienemaßnahmen bei speziellen Infektionserkrankungen
- Teilnahme an Vor- und Nachbereitung behördlicher Begehungen in Abstimmung mit KHH/ hygienebeauftragten Ärzt*innen
- Mitwirkung bei Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene
- Mitwirkung in Arbeitsgruppen, Projekten, Qualitätszirkeln und Kommissionen (z. B. Hygienekommission, Ausbruchsmanagementsitzungen, Arbeitsschutzausschuss, Transfusionskommission o. Ä.)

- Planung, Durchführung und Dokumentation von Beratungen, Schulungen, Fortbildungen, Unterweisungen und Begehungungen
- Organisation von hygienerelevanten Betriebsabläufen und Arbeitsprozessen
- Erfassung, Bewertung und Kommunikation mikrobiologischer Befunde und Mitwirkung bei der Festlegung von krankenhaushygienischen Schutzmaßnahmen
- Mitwirkung bei Auditierungs- und Zertifizierungsverfahren

Baulich-funktionell

- Teilnahme, Mitwirkung an Baubesprechungen und Beratung
- Vor-Ort-Überwachung der Baumaßnahmen (z. B. Staubschutz)

Abteilungs-/ Bereichsbezogen

- Implementierung der hygienischen Vorgaben in die Pflegestandards und entsprechende Beratung des Personals
- Kontrolle der Umsetzung von empfohlenen Hygienemaßnahmen – durch regelmäßige Hygienebegehungen aller Bereiche
- Überwachung der Umsetzung von Empfehlungen in Ver- und Entsorgungsbereichen
- Hilfestellung vor Ort bei der Anwendung von Infektionspräventionsmaßnahmen
- Umfangreiche Schulungen der Mitarbeiter im Rahmen von Einzelgesprächen und Schulungsveranstaltungen

Surveillance

- Erfassung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen
- Erfassung und Bewertung von Erregern mit besonderen Eigenschaften (z. B. Resistenzen/ Multiresistenzen)
- Erstellung von Infektionsstatistiken
- Rückmeldung der Ergebnisse und Analysen an die Bereiche
- Erarbeitung von Präventionszielen

Ausbruchsmanagement

- Betreuung und Beratung der Beschäftigten vor Ort im Ausbruchsgeschehen
- Mithilfe bei der Aufklärung von Transmissionsketten im Rahmen des Ausbruchsmanagements
- Mitwirkung bei der Erstellung des Abschlussberichtes
- Mitwirkung bei der Festlegung von Maßnahmen zur Prävention von weiteren Ausbrüchen

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
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de
Hausinterne Krankenhaushygiene:	
Name/ Funktion:	Dr. med. Carsten Heinrich, Krankenhaushygieniker (in Ausbildung)

Telefon: 03843 - 34 18 10
 E-Mail: C.Heinrich@kmg-Kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Name/Funktion	Prof. Dr. med Dietmar Bänsch, Ärztlicher Direktor
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Kopfhaube	Ja
2	Mund-Nasen-Schutz	Ja
3	Steriles Abdecktuch	Ja
4	Sterile Handschuhe	Ja
5	Steriler Kittel	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 (Liedgedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

- Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

- Auswahl Ja

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

- Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

- Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 23
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs Ja
auf allen Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 120
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

Zusätzlich erfolgen regelmäßig Compliance-Beobachtungen im Rahmen der Aktion "Saubere Hände" in einigen Bereichen.

Dies beinhaltet die direkte Beobachtung des Händedesinfektionsverhalten (Compliance) der Mitarbeiter*innen während der täglichen Arbeit.

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrument bzw. Maßnahme

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

zusätzlich Teilnahme am ITS-KISS, OP-KISS, Stations-KISS, MRSA-KISS, Hand-KISS

2 HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

3 **Frequenz:** jährlich

HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

4 **Frequenz:** jährlich

HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)

4 **Teilnahme ASH:** Zertifikat Silber

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

HAND-KISS

ITS-KISS

MRSA-KISS

OP-KISS

STATIONS-KISS

SARI

Hand KISS:

- Erfassung des gesamten Jahresverbrauches an Händedesinfektionsmittel pro Abteilung (Nachvollziehbarkeit der Händedesinfektionen der Mitarbeiter)

ITS / MRE – KISS:

- Erfassung und Bewertung nosokomialer Pneumonien, nosokomialer Harnwegsinfektionen und nosokomialer Septikämien auf Intensivstation
- Erfassung und Bewertung von multiresistenten Erregern auf Intensivstationen

MRSA KISS:

- Erfassung und Bewertung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen bzw. Kolonisationen mit Methicillin resistenten Staphylokokkus aureus Stämmen unter Etablierung eines Aufnahmescreenings von risikobehafteten Patienten im Rahmen eines umfangreichen MRSA Managements

OP KISS:

- Surveillance von Wundinfektionen und optional untere Atemwegsinfektionen nach häufigen oder besonders relevanten Operationen (Indikator-OPs).
- Erfassung von: Leistenhernien, Hüft-TEP (Coxarthrose), Knie-TEP

Stations-KISS:

- Erfassung und Bewertung nosokomialer Harnwegsinfektionen auf einer Nicht-Intensivstation

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.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@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	Leitung Krankenhausapotheke
Titel, Vorname, Name	Ulrike Wiechmann
Telefon	03843 341100
Fax	03843 341102
E-Mail	u.wiechmann@kmg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	5
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4

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
 - AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
 - AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
 - AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
 - AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
 - AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
 - AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
 - AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
 - AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
 - AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
 - AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

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

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

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 Teil A § 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 Teil A § 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 Ja
vorgesehen?

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Ja

Schutzkonzepte

- # Schutzkonzept
 - 1 SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
 - 2 SK03: Aufklärung
 - 3 SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
 - 4 SK07: Sonstiges (Prävention)
 - 5 VA_Gewaltprävention
SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt
- Kinderschutzkonzept an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am KMG Klinikum Güstrow

Letzte Überprüfung: 29.11.2023

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer		24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA		Ja
2	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen		Ja
3	AA08 - Computertomograph (CT)		Ja
4	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)		Ja
5	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP		Keine Angabe erforderlich
6	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät		Keine Angabe erforderlich
7	AA47 - Inkubatoren Neonatologie		Ja
8	AA50 - Kapselendoskop		Keine Angabe erforderlich
9	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)		Ja
10	AA23 - Mammographiegerät		Keine Angabe erforderlich
11	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren		Ja
12	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren		Keine Angabe erforderlich
13	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)		Ja
14	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz		Keine Angabe erforderlich
15	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System		Keine Angabe erforderlich

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? Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt Nein

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. Nein

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100-GU_INN_I] Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

B-[0100-GU_INN_I].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 0100 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_I].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. univ. Árpád Dávid
Telefon	03843 341950
Fax	03843 343320
E-Mail	A.David@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 VC06 - Defibrillatoreingriffe
- 2 *Elektrische und medikamentöse Kardioversion und Defibrillatorenimplantation*
- 3 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 4 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 5 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 6 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 7 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
inklusive Schrittmacher/ICD-Implantation
- 8 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
inklusive invasive Diagnostik und Therapie
- 9 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 10 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 11 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäß und der Lymphknoten
- 12 VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
- 13 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 14 VI20 - Intensivmedizin
- 15 VI40 - Schmerztherapie
- 16 VC00 - („Sonstiges“)
Interventionelle Mitralklappen-Anuloplastie (Carillon Mitral Contour System®), +LAA-/PFO-Verschlüsse
- 17 VC05 - Schrittmachereingriffe
VC00 - („Sonstiges“)
Anlage von groß- und klein-lumigen Thoraxdrainagen
- 18 VI00 - („Sonstiges“)
Physikalische Therapie
- 19 VC00 - („Sonstiges“)
CRT-Implantationen
- 20 VI00 - („Sonstiges“)
Duplexsonographie
- 21 VI00 - („Sonstiges“)
Eindimensionale Dopplersonographie
- 22 VC10 - Eingriffe am Perikard
- 23 *Perikarddrainage*
- 24 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 25 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Inklusive Thrombosen und Thromboembolien (TVT, LAE)
- 26 VC71 - Notfallmedizin
im Rahmen der Schockraum- und IMC-Betreuung
- 27 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
zur Abklärung kardiologischer Genese

- # Medizinische Leistungsangebote
28 VI00 - („Sonstiges“): Sonographie mit Kontrastmittel
zum Nachweis kardialen Shunts
29 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
bei embolischer Genese und bei Stenosen der extrakraniellen Gefäße
30 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie
31 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie
32 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
bei anaphylaktischen Reaktionen
33 VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
nur Diagnostik im Erwachsenenalter
34 VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
nur Herz
35 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
z.B. bei Prüfung der Funktion von mechanischen Herzklappen
36 VR15 - Arteriographie
zur Vorbereitung für TAVI
37 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie

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

Vollstationäre Fallzahl	2624
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	178
2	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	143
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	137
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	134
5	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	110
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	92
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	78
8	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	72
9	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	67
10	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	66
11	I20.0	Instabile Angina pectoris	56
12	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne häodynamisch wirksame Stenosen	55
13	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	50
14	I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	46
15	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	44
16	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	43
17	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	42
18	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	40
19	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	39
20	E86	Volumenmangel	39
21	I35.0	Aortenklappenstenose	38
22	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	38
23	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	38
24	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	31
25	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	31
26	R55	Synkope und Kollaps	29
27	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	28
28	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	26
29	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	21
30	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	21

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	406
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	371
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	248
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	188
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	172
6	I20	Angina pectoris	109
7	I11	Hypertensive Herzkrankheit	100
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	94
9	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	63
10	I26	Lungenembolie	55
11	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	52
12	J20	Akute Bronchitis	49
13	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	41
14	E86	Volumenmangel	39
15	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	39
16	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	38
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	34
18	A41	Sonstige Sepsis	31
19	R07	Hals- und Brustschmerzen	31
20	R55	Synkope und Kollaps	29
21	I47	Paroxysmale Tachykardie	28
22	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	27
23	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	26
24	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	23
25	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	15
26	R06	Störungen der Atmung	15
27	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	14
28	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	13
29	I95	Hypotonie	12
30	M54	Rückenschmerzen	12

B-[0100-GU_INN_I].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	858
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	684
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	488
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	390
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	386
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	295
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	292
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	275
9	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	230
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	221
11	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	215
12	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	215
13	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	186
14	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	186
15	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	180
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	169
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	155
18	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	150
19	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	131
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	128
21	8-83b.07	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	126
22	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	123
23	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	118
24	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	117
25	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	105

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	104
		Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen:	
27	8-837.m1	Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	93
28	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexilem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	92
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	88
		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders:	
30	5-377.30	Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	86

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1069
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	952
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	858
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	830
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	645
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	488
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	295
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	292
9	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	275
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	221
11	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	215
12	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	186
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	169
14	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	168
15	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	149
16	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	144
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	143
18	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	130
19	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	126
20	3-05g	Endosonographie des Herzens	123
21	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	122
22	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	111
23	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	103
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	71
25	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	70
26	1-710	Ganzkörperplethysmographie	68
27	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	67
28	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	57
29	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	56

30	8-390	Lagerungsbehandlung	55
----	-------	---------------------	----

B-[0100-GU_INN_I].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-GU_INN_I].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz	VI00 - („Sonstiges“)
2	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Sprechstunde in Vorbereitung auf eine stationäre kardiologische Untersuchung
3	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher und ICD-Nachsorge

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	40
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	8
3	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	7
4	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	< 4
5	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4
6	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	< 4
7	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	< 4
8	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	< 4
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
10	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	52
2	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	7
3	3-05g	Endosonographie des Herzens	< 4
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
7	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	< 4
8	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

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

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[0100-GU_INN_I].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-GU_INN_I].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		14,77	Fälle je VK/Person	178,260864
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	14,72
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		7,07	Fälle je VK/Person	373,789185
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,05	Stationär	7,02

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

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
- 2 AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
- 3 AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_I].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
- 2 ZF44 - Sportmedizin
- 3 ZF15 - Intensivmedizin
- 4 ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100-GU_INN_I].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		17,25	Fälle je VK/Person	152,115936
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,25

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2624
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,97	Fälle je VK/Person	1331,97974
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,97

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,13	Fälle je VK/Person	20184,6152
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2624
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

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

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

- # Zusatzqualifikation
- ZP06 - Ernährungsmanagement
- 1 *enterale Ernährung*

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

B-[0100-GU_INN_II] Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

B-[0100-GU_INN_II].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 0100 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_II].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrich Kleier
Telefon	03843 341401
Fax	03843 343282009
E-Mail	u.kleier@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- 3 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 4 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 5 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 6 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 7 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 8 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 9 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 10 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 11 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 12 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 13 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 14 VI35 - Endoskopie
- 15 VI20 - Intensivmedizin
- 16 VI38 - Palliativmedizin
- 17 VI39 - Physikalische Therapie
- 18 VI40 - Schmerztherapie

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

Vollstationäre Fallzahl	3109
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K29.1	Sonstige akute Gastritis	145
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	126
3	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	86
4	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	74
5	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	68
6	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	66
7	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	56
8	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	52
9	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	51
10	E86	Volumenmangel	43
11	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	42
12	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	42
13	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	41
14	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	37
15	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	31
16	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	31
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	28
18	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	28
19	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	28
20	A46	Erysipel [Wundrose]	28
21	C22.0	Leberzellkarzinom	26
22	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	25
23	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Pankreas	25
24	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	24
25	K83.1	Verschluss des Gallenganges	24
26	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	23
27	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	23
28	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	23
29	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	23
30	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	22

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Gastritis und Duodenitis	248
2	K80	Cholelithiasis	235
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	126
4	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	106
5	K85	Akute Pankreatitis	79
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	77
7	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	74
8	K57	Divertikulose des Darms	63
9	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	62
10	N17	Akutes Nierenversagen	62
11	A41	Sonstige Sepsis	61
12	K70	Alkoholische Leberkrankheit	56
13	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	53
14	N18	Chronische Nierenkrankheit	52
15	D50	Eisenmangelanämie	51
16	K55	Gefäßkrankheiten des Darms	49
17	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	46
18	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	43
19	E86	Volumenmangel	43
20	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	42
21	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	40
22	D37	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	40
23	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	40
24	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	37
25	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	36
26	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	36
27	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	36
28	K25	Ulcus ventriculi	34
29	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	33
30	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	29

B-[0100-GU_INN_II].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0100-GU_INN_II].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1240
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	844
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	618
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	563
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	510

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	462
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	440
8	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	361
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	349
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	278
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	252
12	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	240
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	215
14	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	213
15	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	212
16	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	211
17	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	202
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	195
19	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	179
20	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	177
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	168
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	168
23	3-056	Endosonographie des Pankreas	156
24	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	152
25	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	137
26	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	114
27	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	97
28	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherie und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	97
29	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	97
30	3-843.1	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Mit Sekretin-Unterstützung	96

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1542
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1274
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	922
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	844
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	829
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	780
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	563
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	362
9	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	361
10	5-469	Andere Operationen am Darm	338
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	297
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	278
13	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	228
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	215
15	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	213
16	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	193
17	3-056	Endosonographie des Pankreas	156
18	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	142
19	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	137
20	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	121
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	112
22	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	89
23	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	89
24	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	87
25	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	78
26	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	77
27	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	75
28	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	73
29	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	62
30	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	62

B-[0100-GU_INN_II].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-GU_INN_II].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier <i>- Endosonographie - Duplex-Sonographie abdominaler, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße - bilio-pankreatische Diagnostik Therapie - Kapselendoskopie - Prokto- Rektoskopien - Koloskopien - Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie mit chronischen Lebererkrankung</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
3	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kleier <i>Chefarztsprechstunde</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier	VI00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier	VI35 - Endoskopie
3	Chefarztambulanz Dr. Kleier	VX00 - („Sonstiges“)
4	Medizinisches Zentrum	VI00 - („Sonstiges“)
5	Medizinisches Zentrum	VX00 - („Sonstiges“)
6	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“)
7	Medizinische Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	205
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	203
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	183
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	119
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	107
6	3-051	Endosonographie des Ösophagus	51
7	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	43
8	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	14
9	1-653	Diagnostische Proktoskopie	10
10	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	7
11	3-056	Endosonographie des Pankreas	6
12	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	6
13	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	6
14	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	5

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	5
16	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	4
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
18	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
19	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	< 4
20	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
21	5-482.31	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Elektrokoagulation: Endoskopisch	< 4
22	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	< 4
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
24	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	< 4
25	1-444.x	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Sonstige	< 4
26	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	< 4
27	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	< 4
28	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	< 4
29	8-100.8	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
30	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	416
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	187
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	119
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	112
5	3-051	Endosonographie des Ösophagus	51
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	47
7	5-469	Andere Operationen am Darm	20
8	1-653	Diagnostische Proktoskopie	10
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	7
10	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	6
11	3-056	Endosonographie des Pankreas	6
12	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	4
13	5-482	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	4
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
15	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
17	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	< 4
18	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	3-053	Endosonographie des Magens	< 4
20	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	< 4
21	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
22	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	< 4
24	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
25	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	< 4
26	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
27	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4

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

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[0100-GU_INN_II].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-GU INN II].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		14,27	Fälle je VK/Person	220,9666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	14,07
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,56	Fälle je VK/Person	713,073364
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	4,36

B-[0100-GU INN II].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
 - 1 AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
 - 2 AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-GU INN II].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
 - 1 ZF07 - Diabetologie
 - 2 ZF30 - Palliativmedizin

B-[0100-GU_INN_II].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		20,97	Fälle je VK/Person	148,259415
Beschäftigungsverhältnis	Mit	20,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	20,97

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		4,42	Fälle je VK/Person	703,3937
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,42

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,25	Fälle je VK/Person	1381,77783
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,25

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,26	Fälle je VK/Person	11957,6924
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,26

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

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 5 PQ18 - Pflege in der Endoskopie

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP03 - Diabetes
- 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 3 ZP20 - Palliative Care

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

B-[0100-GU_INN_III] Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

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

Im Frühjahr 2018 wurde am KMG Klinikum Güstrow das Kardiologisch-Rhythmologische Zentrum eröffnet.

Im Zuge des Ausbaus der Herzmedizin am KMG Klinikum Güstrow wurde darüber hinaus die Intensivstation umgebaut und eine Intermediate-Care-Station als Überwachungsstation zwischen Intensivversorgung und Unterbringung auf einer regulären Station eingerichtet.

Bereits seit 2013 ist am KMG Klinikum Güstrow die Chest Pain Unit – also die Brustschmerzambulanz – zur optimalen Versorgung von Patient*innen mit Verdacht auf Herzinfarkt zertifiziert. Herzpatient*innen wird eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau mit hochqualifizierte Teams angeboten. Das KMG Klinikum Güstrow verfügt über drei Katheterlabore für die interventionelle – also nicht chirurgische – Herzmedizin, die mit dem Besten an derzeit verfügbarer Medizintechnik ausgestattet sind, u. a. drei Kardio-Angiografie-Anlagen der neuesten Generation, und international jedem Vergleich standhalten.

Eingerichtet wurde ein neues Linksherzkatheterlabor für invasive kardiale Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken sowie für geplante und Notfall-Eingriffe. Unter anderem werden hier Korrekturen von Herzfehlern vorgenommen und Patienten werden mit Stents versorgt. In den beiden elektrophysiologischen Laboren wurden hochmoderne Mapping-Systeme der Firmen Biosense Webster, Abbott und Biotronik installiert, die eine komplexe Kartografie des behandelten Herzens und somit eine punktgenaue Lokalisierung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen ermöglichen. Das Verfahren der Katheter-Ablation macht eine medikamentöse Behandlung von Herzrhythmusstörungen überflüssig. Eines der elektrophysiologischen Labore erfüllt besondere hygienische Anforderungen und funktioniert als Hybrid-OP. Das bedeutet, dass hier sowohl komplexe Ablationen durchgeführt werden können als auch die Implantation von Elektroaggregaten wie Herzschrittmachern und Defibrillatoren.

Die Katheterlabore stehen unter der Verantwortung von Dr. Árpád Dávid, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, und Prof. Dr. Dietmar Bänsch, Chefarzt der Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie am KMG Klinikum Güstrow.

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

B-[0100-GU_INN_III].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
1 0100 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_III].1.2 Ärztliche Leitung**Leitungsart**

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341435
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[0100-GU_INN_III].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-GU_INN_III].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**Unsere Schwerpunkte sind:**

- Paroxysmales Herzrasen mit typischem On-Off-Phänomen ohne EKG-Dokumentation
- Schmalkomplextachykardie mit EKG-Dokumentation
- Typisches Vorhofflimmern mit EKG-Dokumentation
- Atriale Makro-Reentry-Tachykardien
- Nach Herzoperationen (inzisionale Tachykardien)
- Narben-assoziiert (bei Vorhof-Kardiomyopathien)
- Symptomatisches Vorhofflimmern ohne strukturelle Herzerkrankung
- Symptomatisches Vorhofflimmern bei struktureller Herzerkrankung nach einem ineffektiven arrhythmischen Therapieversuch
- Ventrikuläre Extrasystolen
- Symptomatische

- Asymptoma sch > 10000/24h
- Symptoma sche ventrikuläre Tachykardien ohne strukturelle Herzerkrankung
- Ventrikuläre Tachykardie bei struktureller Herzerkrankung und ICD-Trägern nach erstem VT-Cluster (> 2 VT/24 h oder = 4 Schocks)
- Synkopen bei struktureller Herzerkrankung zum Ausschluss ventrikulärer Tachykardien
- Risikostratifizierung bei nicht anhaltenden ventrikulären Tachykardien nach durchgemachtem Myokardinfarkt

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 2 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 3 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 4 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 5 VI27 - Spezialsprechstunde
- 6 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 7 VC05 - Schrittmachereingriffe
- 8 VC06 - Defibrillatoreingriffe
- 9 VI34 - Elektrophysiologie
- 10 VI00 - („Sonstiges“): HIS-Bündel-Stimulation
- 11 VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher mit LBB Stimulation
- 12 VA00 - („Sonstiges“): Kardioversion von Herzrhythmusstörungen
- 13 VA00 - („Sonstiges“): Ablationsbehandlung von Herzrhythmusstörungen
- 14 VA00 - („Sonstiges“): Vorhofofrocluder
- 15 VA00 - („Sonstiges“): Risikostratifizierung für den plötzlichen Herztod
- 16 VA00 - („Sonstiges“): Synkopenabklärung
- 17 VA00 - („Sonstiges“): Kipptischuntersuchungen
- 18 VA00 - („Sonstiges“): Implantation von Ereignisrekordern

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

Vollstationäre Fallzahl	1087
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	297
2	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	284
3	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	193
4	I48.3	Vorhofflimmern, typisch	85
5	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	71
6	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	34
7	I45.6	Präexzitations-Syndrom	16
8	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	16
9	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	15
10	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
11	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	9
12	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	7
13	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	6
14	R55	Synkope und Kollaps	6
15	I44.0	Atrioventrikulärer Block 1. Grades	5
16	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	4
17	I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	< 4
18	I48.4	Vorhofflimmern, atypisch	< 4
19	R00.2	Palpitationen	< 4
20	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	< 4
21	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet	< 4
22	I45.3	Trifaszikulärer Block	< 4
23	G58.0	Interkostalneuropathie	< 4
24	I44.7	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet	< 4
25	I45.2	Bifaszikulärer Block	< 4
26	I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie	< 4
27	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
28	I49.1	Vorhofextrasystolie	< 4
29	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	< 4
30	I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	< 4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	678
2	I47	Paroxysmale Tachykardie	230
3	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	89
4	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	19
5	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	19
6	R00	Störungen des Herzschlages	17
7	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	10
8	I50	Herzinsuffizienz	7
9	R55	Synkope und Kollaps	6
10	I42	Kardiomyopathie	< 4
11	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	< 4
12	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
13	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	< 4
14	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
16	G58	Sonstige Mononeuropathien	< 4
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
18	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4

B-[0100-GU_INN_III].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0100-GU_INN_III].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	742
2	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	720
3	8-835.8	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	640
4	1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalem QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien	634
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	599
6	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	385
7	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	363
8	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	358
9	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	353
10	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	329
11	8-835.h	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Messung des Anpressdruckes	325
12	1-266.3	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)	191
13	8-835.20	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	98
14	8-835.30	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	98
15	1-265.7	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei nicht anhaltenden Kammtachykardien und/oder ventrikulären Extrasystolen	94
16	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	82
17	1-265.f	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	78
18	8-835.34	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	56
19	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	50
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	44
21	8-835.k5	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Irreversible Elektroporation: Pulmonalvenen	42
22	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykardie Stimulation	37
23	8-835.22	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel	32

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	28
25	5-377.d	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	28
26	1-265.6	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit breitem QRS-Komplex	21
27	8-900	Intravenöse Anästhesie	19
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	18
29	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	18
30	8-835.23	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	17

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	1689
2	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	1202
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	742
4	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	720
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	599
6	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	403
7	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	363
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	354
9	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	286
10	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	119
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	75
12	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	54
13	1-268	Kardiales Mapping	22
14	8-900	Intravenöse Anästhesie	19
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	18
16	8-020	Therapeutische Injektion	15
17	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	15
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	13
19	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	9
20	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	9
21	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	9
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	7
23	3-200	Native Computertomographie des Schädels	6
24	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	6
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	6
26	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	6
27	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	6
28	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	5
29	8-152	Therapeutische perkutane Punktions von Organen des Thorax	5
30	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	4

B-[0100-GU_INN_III].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-GU_INN_III].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>rhythmologische Spezialsprechstunde</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>telemedizinische Nachsorge von Ereignisrekordern, Schrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren, CRT-Geräten</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Telemedizin-Sprechstunde</i>
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Schrittmacher-/ Defibrillator-Nachsorgen bei Problemfällen (keine Routinekontrolle)</i>
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Schrittmacher-/ Defibrillator-Nachsorgen</i>
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators</i>
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>7-Tage LZ-EKG</i>
9	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>12-Kanal-LZ-EKG</i>
10	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer</i>
11	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
12	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Telemonitoring von Herzschrittmachern und Defibrillatoren</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch	VI00 - („Sonstiges“)
2	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch	VI34 - Elektrophysiologie

B-[0100-GU_INN_III].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[0100-GU_INN_III].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0100-GU_INN_III].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0100-GU_INN_III].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[0100-GU_INN_III].11 Personelle Ausstattung**B-[0100-GU_INN_III].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	6,3	Fälle je VK/Person	172,539673
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,3	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 6,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3,8	Fälle je VK/Person	286,052643
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,8	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,8

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0100-GU_INN_III].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100-GU_INN_III].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

0

Die Versorgung der Patienten erfolgt durch das Pflegepersonal der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin, eine Splitzung ist daher nicht möglich.

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

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

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement

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

B-[0102-GU_GERI] Klinik für Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 0102 - Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Renate Linder (M. sc.)
Telefon	03843 342757
Fax	03843 343282757
E-Mail	r.linder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[0102-GU_GERI].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-[0102-GU_GERI].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-[0102-GU_GERI].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	349
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0102-GU_GERI].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	29
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	23
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	16
4	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	15
5	S32.1	Fraktur des Os sacrum	10
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	9
7	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
8	E86	Volumenmangel	8
9	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	7
10	S32.5	Fraktur des Os pubis	7
11	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	7
12	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	6
13	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	6
14	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	6
15	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalgemeinde	6
16	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	6
17	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	6
18	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	5
19	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	5
20	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	5
21	S82.82	Trimalleolarfraktur	5
22	S82.81	Bimalleolarfraktur	4
23	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	4
24	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	4
25	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	4
26	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	4
27	S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär	< 4
28	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
29	R55	Synkope und Kollaps	< 4
30	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4

B-[0102-GU_GERI].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	90
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	31
3	I50	Herzinsuffizienz	24
4	I63	Hirninfarkt	24
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	20
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	14
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9
9	E86	Volumenmangel	8
10	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	6
12	M48	Sonstige Spondylopathien	6
13	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	6
14	I26	Lungenembolie	6
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	6
16	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	4
17	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	4
18	S52	Fraktur des Unterarmes	4
19	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
20	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	< 4
21	R55	Synkope und Kollaps	< 4
22	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
23	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	< 4
24	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
25	I61	Intrazerebrale Blutung	< 4
26	A41	Sonstige Sepsis	< 4
27	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	< 4
28	N18	Chronische Nierenkrankheit	< 4
29	K29	Gastritis und Duodenitis	< 4
30	M54	Rückenschmerzen	< 4

B-[0102-GU_GERI].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0102-GU_GERI].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	310
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	66
3	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	28
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	22

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	18
6	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	18
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	18
8	1-206	Neurographie	17
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	17
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	16
11	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	15
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	15
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	15
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	11
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	11
16	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	9
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	7
19	5-790.0d	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken	7
20	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	6
21	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	6
22	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	5
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	5
24	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	5
25	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
26	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	4
27	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	4
28	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	4
29	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	4
30	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	< 4

B-[0102-GU_GERI].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	330
2	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	66
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	58
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	32
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	29
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	17
7	1-206	Neurographie	17
8	3-206	Native Computertomographie des Beckens	16
9	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	15
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	15
11	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	15
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	11
13	8-190	Spezielle Verbandstechniken	11
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
15	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	9
16	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	9
17	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	8
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	7
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	6
20	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	5
21	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
22	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	4
23	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	4
24	5-449	Andere Operationen am Magen	4
25	1-790	Polysomnographie	< 4
26	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	< 4
27	3-05x	Andere Endosonographie	< 4
28	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
29	5-489	Andere Operation am Rektum	< 4
30	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4

B-[0102-GU_GERI].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0102-GU_GERI].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[0102-GU_GERI].11 Personelle Ausstattung

B-[0102-GU_GERI].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,92	Fälle je VK/Person	119,520538
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,92
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		2,5	Fälle je VK/Person	139,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5

B-[0102-GU_GERI].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ23 - Innere Medizin

B-[0102-GU_GERI].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF09 - Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		6,48	Fälle je VK/Person	53,85802
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,48

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,55	Fälle je VK/Person	98,30986
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,55

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,59	Fälle je VK/Person	134,749039
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,59

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,87	Fälle je VK/Person	121,602791
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,87

B-[0102-GU_GERI].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[0102-GU_GERI].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP07 - Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1000-GU_KJM] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[1000-GU_KJM].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[1000-GU_KJM].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 1000 - Pädiatrie

B-[1000-GU_KJM].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Heiko Fliß
Telefon	03843 342202
Fax	03843 343440
E-Mail	h.fliss@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[1000-GU_KJM].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-[1000-GU_KJM].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
 - 2 VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
 - 3 VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
 - 4 VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
 - 5 VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
 - 6 VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
 - 7 VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
 - 8 VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
 - 9 VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
 - 10 VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
 - 11 VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
 - 12 VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
 - 13 VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
 - 14 VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
 - 15 VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
 - 16 VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
 - 17 VK25 - Neugeborenenscreening
 - 18 VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
 - 19 VK23 - Versorgung von Mehrlingen
 - 20 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
 - 21 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
 - 22 VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Basisbehandlung

B-[1000-GU_KJM].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1455
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1000-GU_KJM].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	150
2	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	50
3	B34.0	Infektion durch Adenoviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	47
4	Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	42
5	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	39
6	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	37
7	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	33
8	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	32
9	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	31
10	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	28
11	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	27
12	H66.0	Akute eitrige Otitis media	25
13	A08.2	Enteritis durch Adenoviren	22
14	J05.0	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]	22
15	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	19
16	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	19
17	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	19
18	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	17
19	J38.5	Laryngospasmus	16
20	R55	Synkope und Kollaps	16
21	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	16
22	R51	Kopfschmerz	16
23	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	15
24	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	15
25	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	15
26	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	14
27	H66.2	Chronische eitympanale Otitis media	13
28	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	13
29	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierte Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	11
30	J35.0	Chronische Tonsillitis	11

B-[1000-GU_KJM].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	151
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	94
3	J20	Akute Bronchitis	88
4	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	62
5	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	57
6	H66	Eitriges und nicht näher bezeichnete Otitis media	48
7	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	47
8	S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	37
9	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	37
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	35
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	30
12	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	30
13	K35	Akute Appendizitis	27
14	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	22
15	J03	Akute Tonsillitis	21
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	21
17	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	19
18	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	19
19	S52	Fraktur des Unterarmes	19
20	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	18
21	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	17
22	B27	Infektiöse Mononukleose	17
23	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	16
24	R51	Kopfschmerz	16
25	R55	Synkope und Kollaps	16
26	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	15
27	J46	Status asthmaticus	11
28	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	11
29	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	11
30	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	11

B-[1000-GU_KJM].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1000-GU_KJM].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	408
2	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	147
3	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	119
4	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	113
5	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	80
6	1-931.0	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik: Ohne Resistenzbestimmung	67
7	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	66
8	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	59
9	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	48
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	39
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	36
12	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	35
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	29
14	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	28
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	26
16	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	21
17	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	21
18	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	19
19	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	18
20	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	18
21	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	14
22	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	14
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	12
24	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	12
25	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	12
26	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	11
27	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	11
28	5-205.0	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: An der Paukenhöhle	9
29	8-171.x	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres: Sonstige	8
30	5-203.0	Mastoidektomie: Einfache Mastoidektomie	8

B-[1000-GU_KJM].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	408
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	154
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	140
4	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	113
5	5-200	Parazentese [Myringotomie]	101
6	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	92
7	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	67
8	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	66
9	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	61
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	56
11	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädel mit Kontrastmittel	39
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädel	36
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	32
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	29
15	5-470	Appendektomie	28
16	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	26
17	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	21
18	8-560	Lichttherapie	18
19	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	17
20	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	15
21	8-171	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres	15
22	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	14
23	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	14
24	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	14
25	1-650	Diagnostische Koloskopie	12
26	3-200	Native Computertomographie des Schädel	12
27	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	11
28	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	11
29	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	11
30	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	9

B-[1000-GU_KJM].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1000-GU_KJM].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Hr. Fliß
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[1000-GU_KJM].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VK00 - („Sonstiges“)
2	AM11	VX00 - („Sonstiges“)
3	Chefarztambulanz Hr. Fliß	VK00 - („Sonstiges“)
4	Medizinische Notaufnahme	VK00 - („Sonstiges“)
5	Medizinische Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

B-[1000-GU_KJM].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1000-GU_KJM].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1000-GU_KJM].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[1000-GU_KJM].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[1000-GU_KJM].11 Personelle Ausstattung

B-[1000-GU_KJM].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,63	Fälle je VK/Person	190,694626
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,41	Ohne	0,22
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,63
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		2,11	Fälle je VK/Person	689,5735
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,89	Ohne	0,22
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,11

B-[1000-GU_KJM].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
- 2 AQ09 - Kinderchirurgie (MWBO 2003)

B-[1000-GU_KJM].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[1000-GU_KJM].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,33	Fälle je VK/Person	336,0277
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,33

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

Gesamt		12,1	Fälle je VK/Person	120,247932
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,1

B-[1000-GU_KJM].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[1000-GU_KJM].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[1000-GU_KJM].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500-GU_CH_ALL] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Prinz
Telefon	03843 342009
Fax	03843 343468
E-Mail	c.prinz@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC60 - Adipositaschirurgie
- 2 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 3 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 4 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 5 VC61 - Dialyseshuntchirurgie
- 6 VC21 - Endokrine Chirurgie
- 7 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 8 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 9 VC11 - Lungenchirurgie
- 10 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 11 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 12 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 13 VC71 - Notfallmedizin
- 14 VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
- 15 VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
- 16 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
- 17 VC62 - Portimplantation
- 18 VC58 - Spezialsprechstunde
- 19 VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
- 20 VC24 - Tumorchirurgie
- 21 VC00 - („Sonstiges“): konventionelle und minimal-invasive Hernienchirurgie
- 22 VC63 - Amputationschirurgie
- 23 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 24 VC00 - („Sonstiges“): Sonstige med. Leistungsangebote
- 25 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 26 VC44 - Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
- 27 VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
- 28 VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
- 29 VG07 - Inkontinenzchirurgie
- 30 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 31 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
- 32 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 33 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 34 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäß und der Lymphknoten
- 35 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 36 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 37 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 38 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- 39 VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- 40 VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
- 41 VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 42 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

- # Medizinische Leistungsangebote
 43 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
 44 VK31 - Kinderchirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl	980
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-GU_CH_ALL].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	108
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	57
3	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	49
4	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	39
5	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	36
6	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	28
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	23
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	22
9	K61.0	Analabszess	21
10	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	18
11	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	17
12	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	17
13	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	17
14	K81.1	Chronische Cholezystitis	17
15	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	15
16	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	15
17	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	14
18	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	14
19	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	13
20	K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	12
21	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	11
22	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	10
23	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	10
24	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	9
25	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	8
26	K80.41	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	8
27	K43.90	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	8

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	8
29	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	8
30	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	7

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	161
2	K40	Hernia inguinalis	131
3	K35	Akute Appendizitis	72
4	K43	Hernia ventralis	56
5	K57	Divertikulose des Darms	42
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	41
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	31
8	K42	Hernia umbilicalis	26
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	26
10	L05	Pilonidalzyste	25
11	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	22
12	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	22
13	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	21
14	K81	Cholezystitis	20
15	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	14
16	K55	Gefäßkrankheiten des Darms	13
17	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
18	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	10
19	K65	Peritonitis	9
20	K85	Akute Pankreatitis	7
21	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	7
22	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	7
23	K82	Sonstige Krankheiten der Gallenblase	6
24	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	6
25	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6
26	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	6
27	K44	Hernia diaphragmatica	5
28	A41	Sonstige Sepsis	5
29	D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse	5
30	L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	5

B-[1500-GU_CH_ALL].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	281
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	246

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	177
4	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	160
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	114
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	113
7	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	100
8	1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt	80
9	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	72
10	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	62
11	5-932.12	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	61
12	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	61
13	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	60
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	60
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	51
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	44
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	43
18	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	41
19	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexilem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	39
20	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	38
21	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	36
22	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	35
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	35
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	34
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	34
26	5-536.49	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	33
27	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreidektomie	27
28	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	25
29	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	25

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	25

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	281
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	246
3	5-511	Cholezystektomie	219
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	189
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	170
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	166
7	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	138
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	133
9	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	114
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	113
11	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	98
12	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	81
13	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	73
14	5-470	Appendektomie	64
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	57
16	5-469	Andere Operationen am Darm	52
17	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	51
18	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	49
19	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	47
20	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	45
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	44
22	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	36
23	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	35
24	8-701	Einfache endotracheale Intubation	34
25	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	32
26	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	31
27	5-063	Thyreoidektomie	29
28	8-390	Lagerungsbehandlung	29
29	3-13c	Cholangiographie	27
30	8-190	Spezielle Verbandstechniken	27

B-[1500-GU_CH_ALL].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-GU_CH_ALL].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Ermächtigungsprechstunde Herr CA Dr. Christoph Prinz <i>konsiliarärztliche Leistungen auf dem Gebiet der Onkologie auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie, niedergelassenen Gastroenterologen und Pneumologen und onkologischen Schwerpunktpraxen</i>
1	(besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk <i>Durchführung konsiliarischer Gefäßchirurgischer Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten, Behandlung von Niereninsuffizienzen, Patienten mit einer AV-Shunt-Problematik auf Überweisung von niedergelassenen Nephrologen und zur Dialyse ermächtigten Ärzten und Einrichtungen</i>
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk
2	(besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Versorgung sekundär heilender Wunden mittels Vakuumtherapie sowie um die konsiliariische Vorstellung zur duplexsonographischen Diagnostik</i>
3	(besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Dr. Prinz
4	AM07 - Privatambulanz	Medizinische Notaufnahme
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinisches Zentrum
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Prinz	VC00 - („Sonstiges“): Allgemeinchirurgie
2	Ermächtigungsprechstunde Herr CA Dr. Christoph Prinz	VX00 - („Sonstiges“): Onkologische Sprechstunde
3	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“): Koloproktologie und Beckenbodenchirurgie
5	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“): Hernien Sprechstunde

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

B-[1500-GU_CH_ALL].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)	108
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	40
3	5-385.70	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena magna	< 4
4	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
5	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	< 4
6	5-385.94	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. saphenae magna et parva	< 4
7	5-401.10	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäß: Axillär: Ohne Markierung	< 4
8	5-385.9d	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvene	< 4
9	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	< 4
10	5-795.1b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metakarpale	< 4
11	5-399.6	Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
12	5-385.99	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. saphenae magna et accessoria(e) et parva	< 4
13	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
14	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
15	5-399.4	Andere Operationen an Blutgefäßen: Operative Einführung eines Katheters in eine Vene	< 4
16	5-796.1c	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
17	5-932.10	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: Weniger als 10 cm ²	< 4
18	5-898.4	Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, partiell	< 4
19	5-896.0g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Fuß	< 4
20	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	< 4
21	8-831.24	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	< 4
22	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
23	5-896.0d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Gesäß	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
24	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	< 4
25	5-882.1	Operationen an der Brustwarze: Exzision	< 4
26	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	< 4
27	5-894.xe	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Sonstige: Oberschenkel und Knie	< 4
28	5-894.18	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterarm	< 4
29	5-894.16	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	151
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	9
3	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
4	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
8	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
9	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 4
10	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
11	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
12	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
13	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
14	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
15	5-882	Operationen an der Brustwarze	< 4
16	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4

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

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1500-GU_CH_ALL].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-GU_CH_ALL].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,54	Fälle je VK/Person	122,347061
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	8,01
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,68	Fälle je VK/Person	190,29126
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	5,15

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
- 2 AQ07 - Gefäßchirurgie
- 3 AQ12 - Thoraxchirurgie
- 4 AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
- 2 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		11,59	Fälle je VK/Person	84,55565
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,59

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,03	Fälle je VK/Person	482,758636
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,03

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	653,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

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

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

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP15 - Stomamanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement

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

B-[1500-GU_SCHMERZ] Schmerztherapie

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

Abteilungsart Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Schmerztherapie
Die Fachabteilung Schmerztherapie ist der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angegliedert. Die medikamentöse und katheterbasierte Schmerztherapie erfolgt u. a. auch auf den Normalstationen.

B-[1500-GU_SCHMERZ].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-GU_SCHMERZ].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt
Titel, Vorname, Name Dr. med. Toralf Noky
Telefon 03843 341601
Fax 03843 343281601
E-Mail t.noky@kmg-kliniken.de
Strasse Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer 1
PLZ 18273
Ort Güstrow
URL <http://www.kmg-kliniken.de>

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

- # Medizinische Leistungsangebote
 - VI40 - Schmerztherapie
 - 1 Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz
 - VN23 - Schmerztherapie
 - 2 Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz
 - 3 VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
 - VU18 - Schmerztherapie
 - 4 Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz
 - VX00 - („Sonstiges“): geburtshilfliche PDA
 - 5 Patientenkontrollierte epidurale Schmerztherapie (Schmerzpumpe)

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

Vollstationäre Fallzahl	123
Teilstationäre Fallzahl	4

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.4	Lumboischialgie	23
2	M54.5	Kreuzschmerz	15
3	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	14
4	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	5
5	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	5
6	M54.2	Zervikalneuralgie	4
7	M79.67	Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	4
8	G44.2	Spannungskopfschmerz	4
9	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	4
10	G50.1	Atypischer Gesichtsschmerz	< 4
11	M54.87	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich	< 4
12	M47.24	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Thorakalbereich	< 4
13	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	< 4
14	G54.1	Läsionen des Plexus lumbosacralis	< 4
15	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	< 4
16	M79.65	Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
17	M79.18	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
18	G57.1	Meralgia paraesthetica	< 4
19	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
20	M53.0	Zervikozephales Syndrom	< 4
21	M35.3	Polymyalgia rheumatica	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	< 4
23	M47.80	Sonstige Spondylose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4
24	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	< 4
25	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	< 4
26	G43.3	Komplizierte Migräne	< 4
27	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	< 4
28	G50.0	Trigeminusneuralgie	< 4
29	M25.51	Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
30	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	< 4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	49
2	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	18
3	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	11
4	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7
5	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6
6	M47	Spondylose	5
7	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	4
8	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	4
9	G62	Sonstige Polyneuropathien	4
10	G43	Migräne	4
11	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	< 4
12	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	< 4
13	G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	< 4
14	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	< 4
16	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	< 4
17	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	< 4
18	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
19	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	< 4
20	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
21	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4
22	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	< 4

B-[1500-GU_SCHMERZ].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	122
2	8-918.11	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	51
3	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	33
4	8-91c.10	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei übende oder sonstige Verfahren	24
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	23
6	8-91c.12	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	21
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	18
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	13
9	8-918.12	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	12
10	8-91c.11	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Umfassende Behandlung: Drei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	11
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	10
12	8-91c.00	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei übende oder sonstige Verfahren	10
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	10
14	8-91c.02	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten	9
15	1-206	Neurographie	7
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	7
17	8-918.00	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Bis zu 20 Therapieeinheiten	6
18	8-918.13	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	5
19	8-918.01	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	4
20	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
21	8-918.10	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten	< 4
22	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
23	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
24	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-916.00	Infektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	< 4
26	8-914.1x	Infektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	< 4
27	8-916.10	Infektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	< 4
28	8-916.12	Infektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am lumbalen Grenzstrang	< 4
29	8-91c.01	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Basisbehandlung: Zwei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten	< 4
30	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	122
2	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	81
3	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	78
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	48
5	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	33
6	8-915	Infektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	23
7	8-916	Infektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie	11
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	10
9	1-206	Neurographie	7
10	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
11	8-910	Epidurale Infektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
12	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
13	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
15	8-914	Infektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	< 4
16	8-917	Infektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	< 4
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	< 4
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
19	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	< 4
20	1-790	Polysomnographie	< 4
21	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	< 4
22	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	< 4
23	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4

B-[1500-GU_SCHMERZ].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[1500-GU_SCHMERZ].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[1500-GU_SCHMERZ].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[1500-GU_SCHMERZ].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-GU_SCHMERZ].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[1500-GU_SCHMERZ].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[1500-GU_SCHMERZ].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1500-GU_SCHMERZ].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2 Pflegepersonal

Die Abteilung Schmerz ist der Fachabteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angegliedert. Das Personal wird daher nicht separat aufgeführt.

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

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

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

- # Zusatzqualifikation
 - 1 ZP14 - Schmerzmanagement
- 1 z. B. Pflegeexperte, Schmerzmanagement, Pain Nurse

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

B-[1500-GU_CH_GCH] Klinik für Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Gefäßchirurgie

B-[1500-GU_CH_GCH].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-GU_CH_GCH].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Leitender Arzt / Leitende Ärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. Safwan Omran
Telefon	+49 38 43 34 24 19
E-Mail	S.Omran@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 2 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 3 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 4 VC63 - Amputationschirurgie
- 5 VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
- 6 VC44 - Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
- 7 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 8 VD20 - Wundheilungsstörungen

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

Vollstationäre Fallzahl	503
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	124
2	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	56
3	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	55
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	46
5	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	23
6	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	18
7	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	18
8	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	14
9	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	13
10	A46	Erysipel [Wundrose]	11
11	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	9
12	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	9
13	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	9
14	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	8
15	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	5
16	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
17	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	4
18	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	< 4
19	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	< 4
20	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4
21	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
22	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
23	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	< 4
24	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	< 4
25	I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	< 4
26	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	< 4
27	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
28	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	< 4
29	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	< 4
30	I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben	< 4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	251
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	64
3	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	26
4	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	24
5	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	22
6	I83	Varizen der unteren Extremitäten	19
7	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	13
8	N18	Chronische Nierenkrankheit	12
9	A46	Erysipel [Wundrose]	11
10	I87	Sonstige Venenkrankheiten	6
11	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
12	L03	Phlegmone	5
13	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
14	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	4
15	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	4
16	I47	Paroxysmale Tachykardie	< 4
17	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	< 4
18	S72	Fraktur des Femurs	< 4
19	M10	Gicht	< 4
20	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	< 4
22	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
23	S15	Verletzung von Blutgefäßen in Halshöhe	< 4
24	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	< 4
25	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4
26	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	< 4
27	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	< 4
28	S45	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	< 4
29	S55	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterarmes	< 4
30	T58	Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid	< 4

B-[1500-GU_CH_GCH].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-608	Superselektive Arteriographie	154
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	154
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	114
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	106
5	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	91
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	91
7	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppelkatheters: 2 oder mehr Modellierkatheter	73
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	73
9	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	71
10	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	63
11	5-865.8	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion	59
12	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppelkatheters: 1 Modellierkatheter	54
13	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	52
14	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	51
15	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	46
16	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	42
17	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	41
18	5-381.70	Endarterektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	39
19	8-915	Infektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	37
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	36
21	5-381.71	Endarterektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	34
22	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	32
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	31
24	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	28
25	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	28
26	5-381.54	Endarterektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	27
27	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	25
28	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	24
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	24
30	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	23

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	307
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	262
3	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	190
4	3-608	Superselektive Arteriographie	154
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	154
6	5-381	Endarterektomie	130
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	114
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	106
9	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	99
10	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	69
11	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	63
12	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	59
13	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	52
14	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	51
15	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	46
16	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	45
17	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	42
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	38
19	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	37
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	36
21	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	32
22	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	30
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	30
24	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	24
25	8-190	Spezielle Verbandstechniken	23
26	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	22
27	3-200	Native Computertomographie des Schädels	21
28	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	21
29	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	20
30	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	18

B-[1500-GU_CH_GCH].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[1500-GU_CH_GCH].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[1500-GU_CH_GCH].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[1500-GU_CH_GCH].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-GU_CH_GCH].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[1500-GU_CH_GCH].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[1500-GU_CH_GCH].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft****B-[1500-GU_CH_GCH].11 Personelle Ausstattung****B-[1500-GU_CH_GCH].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

B-[1500-GU_CH_GCH].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1500-GU_CH_GCH].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

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

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

B-[2200-GU_UR] Klinik für Urologie

B-[2200-GU_UR].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Urologie

B-[2200-GU_UR].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 2200 - Urologie

B-[2200-GU_UR].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mahmoud Sayyad
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	m.sayyad@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2200-GU_UR].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-[2200-GU_UR].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- 2 VU00 - („Sonstiges“): Robotikchirurgie
- 3 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 4 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
- 5 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
- 6 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 7 VU08 - Kinderurologie
- 8 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 9 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 10 VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
- 11 VU18 - Schmerztherapie
- 12 VU14 - Spezialsprechstunde
- 13 VU13 - Tumorchirurgie
- 14 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
- 15 VG16 - Urogynäkologie
- 16 VU00 - („Sonstiges“): Urologische Prothetik
- 17 VU00 - („Sonstiges“): stationäre medikamentöse Tumortherapie (Uro-Onkologie)
- 18 VU00 - („Sonstiges“): Ambulante medikamentöse Tumortherapie (Uro-Onkologie)

B-[2200-GU_UR].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1412
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200-GU_UR].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	222
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	162
3	D09.0	Carcinoma in situ: Harnblase	129
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	77
5	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	72
6	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	71
7	N20.0	Nierenstein	53
8	N20.1	Ureterstein	51
9	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	46
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	38
11	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	29
12	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	24
13	N32.0	Blasenhalsobstruktion	20
14	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	17
15	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	16
16	N30.0	Akute Zystitis	15
17	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	14
18	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	13
19	D41.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Niere	13
20	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	11
21	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	10
22	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	9
23	N13.61	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere	8
24	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	8
25	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	8
26	N13.29	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisation nicht näher bezeichnet	8
27	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	8
28	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	7
29	N39.42	Dranginkontinenz	7
30	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	7

B-[2200-GU_UR].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	222
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	163
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	162
4	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	134
5	N20	Nieren- und Ureterstein	121
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	97
7	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	95
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	46
9	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	38
10	N30	Zystitis	34
11	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	29
12	N45	Orchitis und Epididymitis	28
13	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	20
14	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	19
15	N35	Harnröhrenstriktur	16
16	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	13
17	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	12
18	N43	Hydrozele und Spermatozele	11
19	A41	Sonstige Sepsis	9
20	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	8
21	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	8
22	N17	Akutes Nierenversagen	7
23	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
24	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	6
25	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	6
26	C60	Bösartige Neubildung des Penis	5
27	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	5
28	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäß und Lymphknoten	5
29	C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	5
30	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	5

B-[2200-GU_UR].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200-GU_UR].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	382
2	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	245
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	243
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	210
5	3-13d.5	Urographie: Retrograd	154
6	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	127
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	125
8	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	114
9	3-13f	Zystographie	107
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	104
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	101
12	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	99
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	99
14	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	93
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	66
16	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	63
17	5-98b.0	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Einmal-Ureterorenoskop	62
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	58
19	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	58
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	54
21	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	51
22	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	49
23	5-550.31	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	45
24	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	44
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	43
26	5-604.51	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Ohne regionale Lymphadenektomie	35
27	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandpunkte	29
28	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	29
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	29
30	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	26

B-[2200-GU_UR].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	417
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	327
3	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	262
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	253
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	252
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	210
7	3-13d	Urographie	170
8	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	114
9	3-13f	Zystographie	107
10	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	107
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	104
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	101
13	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	99
14	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	99
15	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	95
16	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	93
17	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	92
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	64
19	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	63
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	58
21	5-985	Lasertechnik	58
22	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	49
23	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	37
24	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	34
25	5-553	Partielle Resektion der Niere	31
26	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	26
27	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	25
28	5-554	Nephrektomie	24
29	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	21
30	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	20

B-[2200-GU_UR].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200-GU_UR].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V Ambulanz Urologie bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Durchführung ambulanter Chemotherapien bei uro-onkologisch erkrankten Patienten sowie zur Behandlung von urologischen Problemfällen</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Sayyad
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2200-GU_UR].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Sayyad	VU00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz Urologie	VU00 - („Sonstiges“): Robotische Urologie
3	Medizinisches Zentrum	VU00 - („Sonstiges“)
4	Medizinische Notaufnahme	VU00 - („Sonstiges“)

B-[2200-GU_UR].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2200-GU_UR].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	92
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	64
3	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	48
4	3-13d.5	Urographie: Retrograd	41
5	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	40
6	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	33
7	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	32
8	5-640.0	Operationen am Präputium: Frenulotomie	23
9	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	19
10	1-466.00	Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	19
11	5-611	Operation einer Hydrocele testis	16
12	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	10
13	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	8
14	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5
15	5-640.5	Operationen am Präputium: Lösung von Präputialverklebungen	4
16	8-138.0	Wechsel, Entfernung und Einlegen eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation	4
17	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Genitalorgane: Transrektal	< 4
18	5-621	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
19	1-564.0	Biopsie am Penis durch Inzision: Glans penis	< 4
20	1-463.10	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen: Prostata: Stanzbiopsie	< 4
21	5-573.20	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Nicht fluoreszenzgestützt	< 4
22	5-579.62	Andere Operationen an der Harnblase: Injektionsbehandlung: Transurethral	< 4
23	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	< 4
24	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	< 4
		Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici:	
25	5-630.4	Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, laparoskopisch	< 4
26	5-641.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis: Exzision	< 4
27	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	< 4
28	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	< 4
29	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	< 4
30	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4

B-[2200-GU_UR].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	154
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	113
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	64
4	3-13d	Urographie	42
5	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	40
6	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	19
7	5-611	Operation einer Hydrocele testis	16
8	5-572	Zystostomie	9
9	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	5
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5
11	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	4
12	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	4
13	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
14	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	< 4
15	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
16	5-621	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
17	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
18	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	< 4
19	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
20	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
21	5-985	Lasertechnik	< 4
22	1-564	Biopsie am Penis durch Inzision	< 4
23	1-463	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	< 4
24	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	< 4
25	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
26	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
27	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
28	3-13g	Urethrographie	< 4
29	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
30	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4

B-[2200-GU_UR].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2200-GU_UR].11 Personelle Ausstattung

B-[2200-GU_UR].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,91	Fälle je VK/Person	210,43219
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	6,71
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4	Fälle je VK/Person	371,578949
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	3,8

B-[2200-GU_UR].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ60 - Urologie

B-[2200-GU_UR].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF04 - Andrologie

2 ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[2200-GU_UR].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		5,28	Fälle je VK/Person	267,424225
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,28

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		3,03	Fälle je VK/Person	466,006622
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,03

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	8305,882
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,82	Fälle je VK/Person	1721,95117
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,82

B-[2200-GU_UR].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2200-GU_UR].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement

B-[2200-GU_UR].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2316-GU_CH_U] Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Wittig
Telefon	03843 342001
Fax	03843 343468
E-Mail	o.wittig@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2316-GU_CH_U].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-[2316-GU_CH_U].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC63 - Amputationschirurgie
- 2 VC66 - Arthroskopische Operationen
- 3 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 4 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 5 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 6 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 7 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 8 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 9 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 10 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 11 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 12 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 13 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 14 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 15 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 16 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 17 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 18 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 19 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 20 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 21 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 22 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 23 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 24 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 25 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 26 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 27 VO16 - Handchirurgie
- 28 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 29 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 30 VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
- 31 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 32 VO13 - Spezialprechstunde
- 33 VO21 - Traumatologie
- 34 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 35 VO14 - Endoprothetik
- 36 VO19 - Schulterchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1593
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2316-GU_CH_U].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	118
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	110
3	S06.0	Gehirnerschüttung	105
4	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	81
5	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	57
6	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	39
7	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	36
8	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	36
9	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	32
10	M54.4	Lumboischialgie	32
11	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	26
12	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	24
13	S82.82	Trimalleolarfraktur	23
14	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	22
15	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	20
16	S86.0	Verletzung der Achillessehne	18
17	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	18
18	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	17
19	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	16
20	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	15
21	S01.0	Offene Wunde der behaarten Kopfhaut	14
22	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	13
23	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	13
24	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	12
25	M54.5	Kreuzschmerz	12
26	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	11
27	S27.0	Traumatischer Pneumothorax	11
28	S20.2	Prellung des Thorax	10
29	M23.89	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band	10
30	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	10

B-[2316-GU_CH_U].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	165
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	151
3	S06	Intrakranielle Verletzung	126
4	M48	Sonstige Spondylopathien	91
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	91
6	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	90
7	S72	Fraktur des Femurs	72
8	S52	Fraktur des Unterarmes	67
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	60
10	M54	Rückenschmerzen	57
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	57
12	M75	Schulterläsionen	43
13	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	42
14	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	38
15	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	32
16	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	25
17	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	18
18	S01	Offene Wunde des Kopfes	17
19	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	16
20	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	14
21	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	13
22	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	13
23	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	13
24	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	12
25	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	12
26	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	12
27	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	11
28	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	11
29	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	11
30	M19	Sonstige Arthrose	11

B-[2316-GU_CH_U].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2316-GU_CH_U].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	389
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	340
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	322
4	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	237
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	225
6	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	189
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	189
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	187
9	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	169
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	145
11	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	141
12	8-915	Infektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	128
13	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	118
14	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	92
15	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	89
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolger Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	85
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	75
18	3-206	Native Computertomographie des Beckens	71
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	67
21	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	67
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	67
23	8-914.12	Infektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	60
24	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	59
25	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	58
26	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	57
27	5-83w.20	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten oder Zielinstrumentarium	55
28	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	52
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	47

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	47

B-[2316-GU_CH_U].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	582
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	389
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	340
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	322
5	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	266
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	237
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	227
8	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	213
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	189
10	5-984	Mikrochirurgische Technik	189
11	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	187
12	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	172
13	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	169
14	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	165
15	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	153
16	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	136
17	8-915	Infektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	128
18	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	127
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	97
20	5-83w	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule	92
21	8-914	Infektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	76
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	73
23	3-206	Native Computertomographie des Beckens	71
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
25	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	70
26	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	67
27	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	67
28	5-836	Spondylodese	62
29	5-784	Knochentransplantation und -transposition	61
30	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	59

B-[2316-GU_CH_U].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[2316-GU_CH_U].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Sprechstunde
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Unfallchirurgische Ambulanz <i>Diagnostik und Therapie von Knie-, Schulter- und Sprunggelenkerkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Chirurgen und Orthopäden</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungssprechstunde PD Dr. Henker <i>Durchführung einer konsiliarärztlichen Problemsprechstunde der Wirbelsäule</i>
3	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2316-GU_CH_U].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig	VO00 - („Sonstiges“)
2	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig	VO14 - Endoprothetik
3	D-Arzt Sprechstunde	VC00 - („Sonstiges“)
4	D-Arzt Sprechstunde	VX00 - („Sonstiges“)
5	Medizinische Notaufnahme	VC00 - („Sonstiges“)
6	Medizinische Notaufnahme	VO00 - („Sonstiges“)
7	Medizinisches Zentrum	VO00 - („Sonstiges“)
8	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“)
9	Medizinisches Zentrum	VO14 - Endoprothetik
10	Unfallchirurgische Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)

B-[2316-GU_CH_U].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2316-GU_CH_U].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	21
2	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	11
3	5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	11
4	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiusschaft	8
5	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	7
6	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	6
7	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	6
8	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	4
9	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	4
10	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	4
11	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	4
12	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
13	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	< 4
14	5-787.1k	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal	< 4
15	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
16	5-787.gv	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metatarsale	< 4
17	5-790.2v	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metatarsale	< 4
18	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
19	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
20	5-787.kk	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	< 4
21	5-787.1t	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Kalkaneus	< 4
22	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
23	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
24	5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	< 4
25	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
26	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	< 4
27	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	< 4
28	5-782.1z	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Skapula	< 4
29	5-787.3n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tibia distal	< 4
30	5-782.xr	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Sonstige: Fibula distal	< 4

B-[2316-GU_CH_U].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	116
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	12
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	12
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	10
5	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	4
6	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	4
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
8	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
11	8-915	Infektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4
12	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
13	1-206	Neurographie	< 4
14	3-05x	Andere Endosonographie	< 4
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
16	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
17	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
18	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
19	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
20	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
21	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
22	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
23	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4

B-[2316-GU_CH_U].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2316-GU_CH_U].11 Personelle Ausstattung

B-[2316-GU_CH_U].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		14,18	Fälle je VK/Person	115,518494
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,76	Ohne	0,42
Versorgungsform	Ambulant	0,39	Stationär	13,79
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		8,95	Fälle je VK/Person	186,098114
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,53	Ohne	0,42
Versorgungsform	Ambulant	0,39	Stationär	8,56

B-[2316-GU_CH_U].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF28 - Notfallmedizin

2 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

3 ZF12 - Handchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		12,86	Fälle je VK/Person	123,872482
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,86
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1593
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3,54	Fälle je VK/Person	450
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,54

B-[2316-GU_CH_U].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2316-GU_CH_U].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP19 - Sturzmanagement

B-[2316-GU_CH_U].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400-GU_GYN_GEB] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt
Titel, Vorname, Name Dr. med. Volker Kattner
Telefon 03843 341201
Fax 03843 343281201
E-Mail v.kattner@kmg-kliniken.de
Strasse Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer 1
PLZ 18273
Ort Güstrow
URL <http://www.kmg-kliniken.de>

B-[2400-GU_GYN_GEB].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-[2400-GU_GYN_GEB].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VG19 - Ambulante Entbindung
- 2 VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
- 3 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 4 VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
- 5 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 6 VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
- 7 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 8 VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 9 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
- 10 VG05 - Endoskopische Operationen
- 11 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
- 12 VG06 - Gynäkologische Chirurgie
- 13 VG07 - Inkontinenzchirurgie
- 14 VG15 - Spezialsprechstunde
- 15 VG16 - Urogynäkologie

B-[2400-GU_GYN_GEB].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1375
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400-GU_GYN_GEB].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	401
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	344
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	100
4	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	35
5	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	22
6	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	19
7	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	18
8	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	17
9	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	16
10	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	12
11	N81.1	Zystozele	11
12	O00.1	Tubargravidität	10
13	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	10
14	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	10
15	N84.0	Polyp des Corpus uteri	10
16	N95.0	Postmenopausenblutung	10
17	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	9
18	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	9
19	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	9
20	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	9
21	O20.0	Drohender Abort	8
22	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	7
23	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	7
24	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	7
25	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	7
26	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	6
27	O46.8	Sonstige präpartale Blutung	6
28	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	6
29	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	6
30	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	5

B-[2400-GU_GYN_GEB].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	405
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	344
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	100
4	N81	Genitalprolaps bei der Frau	57
5	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	28
6	D25	Leiomyom des Uterus	26
7	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	22
8	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	21
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	19
10	O62	Abnorme Wehentätigkeit	18
11	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	18
12	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	14
13	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	13
14	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	13
15	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	12
16	O00	Extrauterin gravidität	12
17	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	12
18	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	11
19	O42	Vorzeitiger Blasensprung	11
20	N80	Endometriose	10
21	N95	Klimakterische Störungen	10
22	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10
23	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	9
24	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	9
25	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	8
26	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
27	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	7
28	O03	Spontanabort	6
29	O46	Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	6
30	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	6

B-[2400-GU_GYN_GEB].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400-GU_GYN_GEB].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	389
2	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	313
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	239
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	149
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	147
6	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	110
7	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	106
8	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	98
9	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	75
10	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	74
11	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	72
12	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	57
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	53
14	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal	52
15	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	48
16	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	44
17	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	41
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	41
19	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	37
20	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	25
21	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	25
22	5-728.0	Vakumentbindung: Aus Beckenausgang	25
23	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	25
24	5-653.32	Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	24
25	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	22
26	5-728.1	Vakumentbindung: Aus Beckenmitte	16
27	5-683.00	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	16
28	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	16
29	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	15
30	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	15

B-[2400-GU_GYN_GEB].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	419
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	411
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	239
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	214
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	149
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	147
7	5-740	Klassische Sectio caesarea	147
8	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	110
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	100
10	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	90
11	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	57
12	5-749	Andere Sectio caesarea	53
13	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	44
14	5-728	Vakumentbindung	44
15	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	41
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	41
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	41
18	5-738	Episiotomie und Naht	38
19	5-661	Salpingekтомie	37
20	5-653	Salpingoovarektomie	34
21	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	33
22	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	26
23	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	20
24	5-259	Andere Operationen an der Zunge	16
25	5-469	Andere Operationen am Darm	16
26	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	14
27	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	13
28	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	13
29	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	13
30	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	11

B-[2400-GU_GYN_GEB].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400-GU_GYN_GEB].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Herr Dr. Kattner
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2400-GU_GYN_GEB].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Herr Dr. Kattner	VG00 - („Sonstiges“)
2	Medizinische Notaufnahme	VG00 - („Sonstiges“)
3	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Präoperative Sprechstunde Gynäkologie
4	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Präoperative Beckenbodensprechstunde
5	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Mamma-Sprechstunde

B-[2400-GU_GYN_GEB].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2400-GU_GYN_GEB].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	221
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	202
3	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	71
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	54
5	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	46
6	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	29
7	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	17
8	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	17
9	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	14
10	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	12
11	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	12
12	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
13	5-672.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri: Exzision	6
14	5-711.0	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Inzision	6
15	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	5
16	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	4
17	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
18	1-572	Biopsie an der Vagina durch Inzision	4
19	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	< 4
20	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
21	5-663.32	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
22	5-681.x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Sonstige	< 4
23	1-571.1	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	< 4
24	1-470.5	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Genitalorganen: Vulva	< 4
25	5-661.52	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
26	5-657.62	Adhäsionslyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
27	5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
28	1-673	Diagnostische Hysterosalpingoskopie	< 4
29	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	< 4
30	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsionslyse: Laparoskopisch	< 4

B-[2400-GU_GYN_GEB].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	221
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	202
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	112
4	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	55
5	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	54
6	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	19
7	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	17
8	5-671	Konisation der Cervix uteri	16
9	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	12
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
11	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	10
12	5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	6
13	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	5
14	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
15	1-572	Biopsie an der Vagina durch Inzision	4
16	5-881	Inzision der Mamma	< 4
17	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
18	5-661	Salpingektomie	< 4
19	1-470	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen	< 4
20	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	< 4
21	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	< 4
22	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
23	1-673	Diagnostische Hysterosalpingoskopie	< 4
24	5-657	Adhäsolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
25	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
26	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
27	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
28	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	< 4
29	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
30	5-599	Andere Operationen am Harntrakt	< 4

B-[2400-GU_GYN_GEB].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2400-GU_GYN_GEB].11 Personelle Ausstattung

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,52	Fälle je VK/Person	193,661972
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,42	Stationär	7,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,33	Fälle je VK/Person	351,6624
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,42	Stationär	3,91

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		10,63	Fälle je VK/Person	129,350891
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,63

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

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1562,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1375
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Entbindungs- und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,33	Fälle je VK/Person	165,066025
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,33

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1562,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

**B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte
Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

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

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

**B-[2400-GU_GYN_GEB].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[2600-GU_HNO] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

B-[2600-GU_HNO].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

B-[2600-GU_HNO].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600-GU_HNO].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Tino Just
Telefon	03843 342002
Fax	03843 343215
E-Mail	t.just@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2600-GU_HNO].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-[2600-GU_HNO].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VH05 - Cochlearimplantation
- 2 VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
- 3 VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
- 4 VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
- 5 VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
- 6 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
- 7 VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
- 8 VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
- 9 VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
- 10 VH26 - Laserchirurgie
- 11 VH04 - Mittelohrchirurgie
- 12 VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
- 13 VH00 - („Sonstiges“): Traumatologie im HNO-Gebiet
- 14 VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
- 15 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 16 VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
- 17 VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
- 18 VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
- 19 VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
- 20 VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
- 21 VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
- 22 VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
- 23 VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- VH27 - Pädaudiologie
- 24 Eine Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie ist ausschließlich für die pädaudiologische Sprechstunde und CI-Versorgung von Kindern am Klinikum angestellt
- 25 VH25 - Schnarchoperationen
- 26 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
- 27 VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
- 28 VH23 - Spezialsprechstunde
- 29 VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
- 30 VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
- 31 VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[2600-GU_HNO].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1208
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600-GU_HNO].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H81.2	Neuropathia vestibularis	102
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	75
3	J34.2	Nasenseptumdeviation	57
4	R04.0	Epistaxis	53
5	H66.2	Chronische eitympanale Otitis media	53
6	J36	Peritonsillarabszess	52
7	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	36
8	J35.0	Chronische Tonsillitis	30
9	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	27
10	H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet	25
11	S02.2	Nasenbeinfraktur	25
12	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	24
13	J06.0	Akute Laryngopharyngitis	23
14	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	23
15	A46	Erysipel [Wundrose]	17
16	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	17
17	R42	Schwindel und Taumel	16
18	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	16
19	J38.4	Larynxödem	16
20	K11.2	Sialadenitis	15
21	K14.8	Sonstige Krankheiten der Zunge	14
22	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	14
23	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	13
24	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	12
25	J37.0	Chronische Laryngitis	12
26	C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	11
27	J38.1	Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes	11
28	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	8
29	S06.0	Gehirnerschütterung	8
30	J39.2	Sonstige Krankheiten des Rachenraumes	8

B-[2600-GU_HNO].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H81	Störungen der Vestibularfunktion	128
2	J32	Chronische Sinusitis	111
3	H66	Eitrig und nicht näher bezeichnete Otitis media	94
4	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	64
5	R04	Blutung aus den Atemwegen	56
6	J36	Peritonsillarabszess	52
7	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	40
8	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	38
9	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	37
10	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	33
11	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	32
12	H91	Sonstiger Hörverlust	28
13	J03	Akute Tonsillitis	26
14	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	25
15	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	24
16	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	23
17	A46	Erysipel [Wundrose]	17
18	R42	Schwindel und Taumel	16
19	K14	Krankheiten der Zunge	15
20	Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	13
21	J37	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	12
22	H60	Otitis externa	12
23	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	12
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	12
25	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	12
26	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	11
27	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	11
28	S06	Intrakranielle Verletzung	9
29	J01	Akute Sinusitis	9
30	H69	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	8

B-[2600-GU_HNO].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600-GU_HNO].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Audiometrie	408
2	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	198
3	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	143
4	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	139
5	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	139
6	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	135
7	1-422.01	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Oropharynx: Tonsillen	116
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	116
9	1-422.0x	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Oropharynx: Sonstige	114
10	1-422.2	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Nasopharynx	109
11	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	96
12	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	93
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	92
14	3-201	Native Computertomographie des Halses	87
15	3-202	Native Computertomographie des Thorax	81
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	79
17	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	72
18	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	72
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	68
20	5-205.0	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: An der Paukenhöhle	66
21	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	64
22	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	59
23	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	58
24	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	50
25	5-204.3	Rekonstruktion des Mittelohres: Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleneingangs	50
26	1-422.1	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Hypopharynx	42
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	42
28	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	41
29	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	40
30	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	40

B-[2600-GU_HNO].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Audiometrie	408
2	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	383
3	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	198
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	197
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	187
6	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	171
7	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	143
8	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	135
9	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	132
10	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	130
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	116
12	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	103
13	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	101
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	92
15	3-201	Native Computertomographie des Halses	87
16	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	83
17	3-202	Native Computertomographie des Thorax	81
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	79
19	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	79
20	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	74
21	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	72
22	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	72
23	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	68
24	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	68
25	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	58
26	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	40
27	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	39
28	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	39
29	5-209	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	38
30	5-983	Reoperation	37

B-[2600-GU_HNO].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600-GU_HNO].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	HNO Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Prof. Dr. Just
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	HNO Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V	HNO Ambulanz
4	bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	- <i>Allg. und Otologische Sprechstunde der HNO-Klinik - Tumorsprechstunde der HNO-Klinik - Notfallsprechstunde - Privatsprechstunde</i>

B-[2600-GU_HNO].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Prof. Dr. Just	VH00 - („Sonstiges“)
2	HNO Ambulanz	VH00 - („Sonstiges“)
3	HNO Ambulanz	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
4	HNO Ambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

B-[2600-GU_HNO].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2600-GU_HNO].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	47
2	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	34
3	5-182.0	Resektion der Ohrmuschel: Partiell	28
4	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	24
5	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	23
6	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	19
7	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	16
8	5-850.00	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Kopf und Hals	10
9	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	9
10	1-208.8	Registrierung evozierter Potenziale: Otoakustische Emissionen [OAE]	8
11	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	7
12	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	6
13	5-215.00	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Diathermie	6
14	5-184.3	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation	6
15	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	6
16	5-272.0	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, lokal	5
17	1-208.1	Registrierung evozierter Potenziale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	5
18	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	5
19	5-282.1	Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral	5
20	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	4
21	5-895.04	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	4
22	5-212.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase	4
23	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	4
24	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	4
25	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	< 4
26	5-181.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel	< 4
27	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
28	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	< 4
29	5-201	Entfernung einer Paukendrainage	< 4
30	5-903.34	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4

B-[2600-GU_HNO].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	71
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	57
3	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	29
4	5-182	Resektion der Ohrmuschel	28
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	27
6	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	23
7	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	18
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	13
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	12
10	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	11
11	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	7
12	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	6
13	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	6
14	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	6
15	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	6
16	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	6
17	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	6
18	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	5
19	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	5
20	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
21	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	4
22	5-201	Entfernung einer Paukendrainage	< 4
23	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
24	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
25	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	< 4
26	5-209	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	< 4
27	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	< 4
28	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	< 4
29	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	< 4
30	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4

B-[2600-GU_HNO].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2600-GU_HNO].11 Personelle Ausstattung

B-[2600-GU_HNO].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,95	Fälle je VK/Person	244,0404
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,88	Ohne	0,07
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,95
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		3,02	Fälle je VK/Person	400
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,95	Ohne	0,07
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,02

B-[2600-GU_HNO].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - 1 *inklusive spezieller HNO-Chirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für Kinder*
 - 2 AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003)
 - 2 *eine Phoniaterin ist zu festen Zeiten sowie nach Terminabstimmung verfügbar*
 - 3 AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)
 - 3 *im Bereich HNO*
 - 4 AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

B-[2600-GU_HNO].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF03 - Allergologie
- 2 ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)

B-[2600-GU_HNO].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		3,43	Fälle je VK/Person	352,186584
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,43
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1208
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[2600-GU_HNO].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2600-GU_HNO].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement

B-[2600-GU_HNO].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2800-GU_NEU_NEU] Klinik für Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 2800 - Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Tim Patrick Jürgens
Telefon	03843 342303
Fax	03843 343468
E-Mail	T.Juergens@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18473
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2800-GU_NEU_NEU].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-[2800-GU_NEU_NEU].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
- 2 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 3 VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
- 4 VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
- 5 VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
- 6 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 7 VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
- 8 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- 9 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- 10 VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
- 11 VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
- 12 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 13 VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
- 14 VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- 15 VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
- 16 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 17 VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
- 18 VN23 - Schmerztherapie
- 19 VN24 - Stroke Unit
- 20 VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Radikulärsyndromen und Pseudoradikulärsyndromen der Wirbelsäule

B-[2800-GU_NEU_NEU].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1057
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800-GU_NEU_NEU].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	153
2	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	90
3	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	49
4	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	40
5	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	34
6	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	26
7	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	23
8	R20.2	Parästhesie der Haut	18
9	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	17
10	R42	Schwindel und Taumel	17
11	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	17
12	H81.2	Neuropathia vestibularis	15
13	R51	Kopfschmerz	15
14	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	15
15	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	14
16	B02.9	Zoster ohne Komplikation	13
17	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	12
18	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	12
19	I63.0	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	10
20	R20.1	Hypästhesie der Haut	10
21	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	10
22	D43.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, supratentoriell	10
23	G51.0	Fazialisparese	10
24	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	9
25	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	8
26	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	7
27	R55	Synkope und Kollaps	7
28	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	7
29	G43.2	Status migraenosus	7
30	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	7

B-[2800-GU_NEU_NEU].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	263
2	G40	Epilepsie	102
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	102
4	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	55
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	40
6	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	33
7	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	28
8	G62	Sonstige Polyneuropathien	26
9	I61	Intrazerebrale Blutung	25
10	G43	Migräne	20
11	B02	Zoster [Herpes zoster]	19
12	R42	Schwindel und Taumel	17
13	R51	Kopfschmerz	15
14	D43	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	12
15	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	12
16	G30	Alzheimer-Krankheit	11
17	G61	Polyneuritis	11
18	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	11
19	G41	Status epilepticus	11
20	S06	Intrakranielle Verletzung	10
21	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	10
22	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	9
23	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	8
24	R55	Synkope und Kollaps	7
25	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	7
26	E53	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	6
27	G03	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	6
28	G23	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien	5
29	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	5
30	I60	Subarachnoidalblutung	5

B-[2800-GU_NEU_NEU].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800-GU_NEU_NEU].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	943
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	597
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	590
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)	443
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	413
6	3-220	Computertomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	399
7	1-206	Neurographie	266
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	253
9	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	188
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	165
11	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	155
12	1-204.1	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes	150
13	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	145
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	144
15	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	129
16	8-981.23	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	107
17	1-208.2	Registrierung evozierter Potenziale: Somatosensorisch [SSEP]	107
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	87
19	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	87
20	8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	69
21	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	67
22	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	64
23	3-05x	Andere Endosonographie	63
24	8-981.22	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	58
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	56
26	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	53
27	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	53
28	1-208.4	Registrierung evozierter Potenziale: Motorisch [MEP]	47
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	44
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	43

B-[2800-GU_NEU_NEU].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	943
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	597
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	590
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	491
5	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	468
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	413
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	399
8	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	363
9	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	338
10	1-206	Neurographie	266
11	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	253
12	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	193
13	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	155
14	8-547	Andere Immuntherapie	145
15	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	87
16	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	87
17	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	64
18	3-05x	Andere Endosonographie	63
19	8-020	Therapeutische Injektion	60
20	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	53
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	44
22	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	44
23	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	37
24	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	36
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	31
26	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	27
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	26
28	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	23
29	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	23
30	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	19

B-[2800-GU_NEU_NEU].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800-GU_NEU_NEU].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Ambulanz Dr. Kurteev
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Ambulanz Dr. Kurteev
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2800-GU_NEU_NEU].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens	VN00 - („Sonstiges“): Kopf- und Gesichtsschmerzen
2	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens	VN23 - Schmerztherapie
3	Medizinische Notaufnahme	VN00 - („Sonstiges“)
4	Medizinisches Zentrum	VN00 - („Sonstiges“)

B-[2800-GU_NEU_NEU].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz Dr. Kurteev	LK44 - Neuromuskuläre Erkrankungen

B-[2800-GU_NEU_NEU].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2800-GU_NEU_NEU].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2800-GU_NEU_NEU].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[2800-GU_NEU_NEU].11 Personelle Ausstattung

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,98	Fälle je VK/Person	118,897629
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	8,89
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6	Fälle je VK/Person	178,849411
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	5,91

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ42 - Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		17,38	Fälle je VK/Person	60,81703
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,38

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		3,14	Fälle je VK/Person	336,624176
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,81	Fälle je VK/Person	376,1566
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,81

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP29 - Stroke Unit Care
- 3 ZP06 - Ernährungsmanagement
enterale Ernährung

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Unsere Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie sind in allen Fachabteilungen unserer Einrichtung tätig. Eine Spaltung ist daher nicht möglich.

B-[2800] Klinik für Neurologische Frührehabilitation

B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Neurologische Frührehabilitation

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatzbezeichnung: Sozialmedizin und Rehabilitationswesen
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Heike Mach
Telefon	03843 342303
Fax	03843 343468
E-Mail	h.mach@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2800].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-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VN21 - Neurologische Frührehabilitation
- 2 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1139
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	165
2	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	96
3	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	49
4	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	39
5	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	32
6	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	27
7	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	25
8	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	23
9	R20.2	Parästhesie der Haut	18
10	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	17
11	R42	Schwindel und Taumel	17
12	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	17
13	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	16
14	R51	Kopfschmerz	15
15	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	15
16	H81.2	Neuropathia vestibularis	14
17	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	14
18	B02.9	Zoster ohne Komplikation	13
19	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	12
20	G51.0	Fazialisparese	10
21	R20.1	Hypästhesie der Haut	10
22	D43.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, supratentoriell	10
23	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	10
24	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	10
25	I63.0	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	9
26	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	9
27	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	7
28	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	7
29	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	7
30	I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	7

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	286
2	G40	Epilepsie	102
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	101
4	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	54
5	G62	Sonstige Polyneuropathien	52
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	39
7	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	33
8	I61	Intrazerebrale Blutung	32
9	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	28
10	G43	Migräne	20
11	B02	Zoster [Herpes zoster]	20
12	R42	Schwindel und Taumel	17
13	S06	Intrakranielle Verletzung	17
14	R51	Kopfschmerz	15
15	D43	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	12
16	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	12
17	G61	Polyneuritis	12
18	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	11
19	G30	Alzheimer-Krankheit	11
20	G41	Status epilepticus	11
21	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	10
22	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	9
23	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	8
24	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	7
25	R55	Synkope und Kollaps	7
26	E53	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	6
27	G03	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	6
28	G23	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien	5
29	R90	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems	5
30	H49	Strabismus paralyticus	5

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	843
2	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	587
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	565
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	459
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	437
6	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	367
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	250
8	1-206	Neurographie	237
9	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	191
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	158
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	152
12	1-204.1	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes	152
13	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	147
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	134
15	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	128
16	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	107
17	8-981.23	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	104
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	88
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	86
20	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	74
21	8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	71
22	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexilem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	69
23	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	64
24	8-981.22	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	58
25	3-05x	Andere Endosonographie	54
26	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	54
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	52
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	52
29	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	51

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	47

B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	843
2	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	587
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	565
4	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	484
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	471
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	437
7	3-220	Computertomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	367
8	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	361
9	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	343
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	250
11	1-206	Neurographie	237
12	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	193
13	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	158
14	8-547	Andere Immuntherapie	148
15	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	111
16	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	90
17	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	88
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	86
19	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	64
20	8-020	Therapeutische Injektion	61
21	3-05x	Andere Endosonographie	54
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	52
23	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	51
24	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	44
25	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	44
26	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	43
27	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	40
28	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	37
29	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	32
30	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	31

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2800].11 Personelle Ausstattung

B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	569,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	2	Fälle je VK/Person	569,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	2

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF73 - Psychotherapie

2 ZF40 - Sozialmedizin

3 ZF37 - Rehabilitationswesen

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		18,21	Fälle je VK/Person	62,54805
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,21

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,99	Fälle je VK/Person	572,3618
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,99

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,99	Fälle je VK/Person	1150,505
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,99

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1139
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	1518,66663
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisleitung

B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP20 - Palliative Care
- 4 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 5 ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600_GU_ANA] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin

B-[3600_GU_ANA].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin

B-[3600_GU_ANA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 3600 - Intensivmedizin

B-[3600_GU_ANA].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Toralf Noky
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	t.noky@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3600_GU_ANA].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-[3600_GU_ANA].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

VX00 - („Sonstiges“): Anästhesie

- 1 Durchführung aller gängigen Anästhesieverfahren mit dem Schwerpunkt rückenmarksnahe und ultraschallgestützte periphere Regionalanästhesieverfahren
VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin

- 2 Behandlung von Intensivpatienten, einschließlich differenzierter Beatmungs-, Kreislauf- u. Nierenersatztherapieverfahren, gezielter Postreanimationskühlbehandlung, Ernährung, intensiver Schmerzbehandlung und Anwendung verschiedener invasiver Monitoringverfahren

- VX00 - („Sonstiges“): Konsile

- 3 konsiliariische Betreuung von chronischen Schmerz- und Tumorschmerzpatienten

- VX00 - („Sonstiges“): Narkosen

- 4 Durchführung ambulanter Narkosen für verschiedenen Fachabteilungen

- VX00 - („Sonstiges“): PDA

- 5 geburtshilfliche PDA

- VX00 - („Sonstiges“): Prämedikation

- 6 Tägliche Prämedikationsambulanz

- VX00 - („Sonstiges“): Rettungsdienst

- 7 Organisation und Fachaufsicht über den bodengebundenen und - Luftrettungsdienst am Standort

- VX00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie

- 8 Kathetergestützte postoperative Schmerztherapie mittels Schmerzpumpen und deren Betreuung und Überwachung, stationäre multimodale Behandlung chronischer Schmerzpatienten

- 9 VI42 - Transfusionsmedizin

B-[3600_GU_ANA].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[3600_GU_ANA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3600_GU_ANA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3600_GU_ANA].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600_GU_ANA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	3159
2	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	499
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	398
4	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandpunkte	295
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	181
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	118
7	8-900	Intravenöse Anästhesie	96
8	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandpunkte: 185 bis 368 Aufwandpunkte Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen:	87
9	8-713.0	Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	67
10	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	66
11	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	62
12	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	56
13	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandpunkte: 369 bis 552 Aufwandpunkte	37
14	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandpunkte: 553 bis 828 Aufwandpunkte	34
15	8-714.x	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen: Sonstige	18
16	8-98f.30	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.105 bis 1.656 Aufwandpunkte: 1.105 bis 1.380 Aufwandpunkte	16
17	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	14
18	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandpunkte: 829 bis 1.104 Aufwandpunkte	13
19	8-902	Balancierte Anästhesie	10
20	8-831.01	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, retrograd	8
21	8-711.40	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebenstag)	6
22	8-98f.31	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.105 bis 1.656 Aufwandpunkte: 1.381 bis 1.656 Aufwandpunkte	4
23	8-98f.40	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.657 bis 2.208 Aufwandpunkte: 1.657 bis 1.932 Aufwandpunkte	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	8-711.00	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebenstag)	< 4
25	8-98f.50	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.209 bis 2.760 Aufwandspunkte: 2.209 bis 2.484 Aufwandspunkte	< 4
26	8-831.20	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	< 4
27	8-98f.60	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.761 bis 3.680 Aufwandspunkte: 2.761 bis 3.220 Aufwandspunkte	< 4
28	8-98f.51	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.209 bis 2.760 Aufwandspunkte: 2.485 bis 2.760 Aufwandspunkte	< 4
29	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine peripherer Vene in ein zentralvenöses Gefäß	< 4
30	8-831.24	Legen und Wechsel eines Katheters in peripherer und zentralvenöse Gefäße: Wechsel: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	< 4

B-[3600_GU_ANA].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	3159
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	573
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	494
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	398
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	181
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	118
7	8-900	Intravenöse Anästhesie	96
8	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	67
9	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	66
10	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	56
11	8-714	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen	18
12	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	14
13	8-902	Balancierte Anästhesie	10
14	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	9
15	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	< 4

B-[3600_GU_ANA].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3600_GU_ANA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[3600_GU_ANA].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Medizinisches Zentrum	VX00 - („Sonstiges“): Präoperative Sprechstunde

B-[3600_GU_ANA].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[3600_GU_ANA].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3600_GU_ANA].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3600_GU_ANA].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[3600_GU_ANA].11 Personelle Ausstattung**B-[3600_GU_ANA].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		24,74	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	24,16	Ohne	0,58
Versorgungsform	Ambulant	0,94	Stationär	23,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		16,7	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,12	Ohne	0,58
Versorgungsform	Ambulant	0,94	Stationär	15,76

B-[3600_GU_ANA].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600_GU_ANA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[3600_GU_ANA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		47,63	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	47,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	47,63

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

B-[3600_GU_ANA].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ22 - Intermediate Care Pflege
- 4 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ08 - Pflege im Operationsdienst

B-[3600_GU_ANA].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement

B-[3600_GU_ANA].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3751_GU_RAD] Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie

B-[3751_GU_RAD].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie

B-[3751_GU_RAD].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 3751 - Radiologie

B-[3751_GU_RAD].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gunnar Gaffke
Telefon	03843 342751
Fax	03843 343282751
E-Mail	g.gaffke@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3751_GU_RAD].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-[3751_GU_RAD].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VR15 - Arteriographie
- 2 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 3 VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
- 4 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 5 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- alle Körperregionen
- 6 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- CT-geführte Interventionen, Schmerztherapie, Biopsien, Radiofrequenzablation (RFA) von Leber- und Lungentumoren/-metastasen
- 7 VR04 - Duplexsonographie
- 8 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
- 9 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 10 VR25 - Knochendichthemessung (alle Verfahren)
- mit CT
- VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 11 Thorax, Abdomen, alle Knochen und Gelenke
- 12 VR17 - Lymphographie
- VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 13 MR-Arthrografien
- VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 14 alle Körperregionen, Ganzkörper-MRT
- VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
- 15 Kardio-MRT
- 16 VR02 - Native Sonographie
- 17 VR16 - Phlebographie
- 18 VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
- 19 VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
- 20 VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
- 21 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 22 VR40 - Spezialsprechstunde
- 23 VR44 - Teleradiologie
- 24 VR47 - Tumorembolestation

B-[3751_GU_RAD].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751_GU_RAD].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3751_GU_RAD].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3751_GU_RAD].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3751_GU_RAD].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	2214
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1554
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1505
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1207
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1079
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	865
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	847
8	3-220	Computertomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	537
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	386
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	382
11	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	365
12	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	344
13	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	330
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	256
15	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	243
16	3-206	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	243
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	238
18	3-608	Superselektive Arteriographie	185
19	3-201	Native Computertomographie des Halses	172
20	3-13d.5	Urographie: Retrograd	164
21	3-056	Endosonographie des Pankreas	157
22	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	155
23	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	124
24	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	116
25	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	115
26	3-13f	Zystographie	113
27	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	108
28	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	104
29	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	100
30	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	81

B-[3751_GU_RAD].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	2214
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1554
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1505
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1207
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1079
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	865
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	847
8	3-220	Computertomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	537
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	386
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	382
11	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	365
12	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	344
13	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	330
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	256
15	3-206	Native Computertomographie des Beckens	243
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	243
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	238
18	3-608	Superselektive Arteriographie	185
19	3-13d	Urographie	180
20	3-201	Native Computertomographie des Halses	172
21	3-056	Endosonographie des Pankreas	157
22	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	155
23	3-05g	Endosonographie des Herzens	124
24	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	116
25	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	115
26	3-13f	Zystographie	113
27	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	108
28	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	104
29	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	100
30	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	99

B-[3751_GU_RAD].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3751_GU_RAD].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Gaffke
2	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Radiologische Ambulanz

B-[3751_GU_RAD].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Gaffke	VR00 - („Sonstiges“)
2	Radiologische Ambulanz	VN23 - Schmerztherapie
3	Radiologische Ambulanz	VR15 - Arteriographie
4	Radiologische Ambulanz	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
5	Radiologische Ambulanz	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
6	Radiologische Ambulanz	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
7	Radiologische Ambulanz	VR00 - („Sonstiges“)

B-[3751_GU_RAD].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[3751_GU_RAD].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3751_GU_RAD].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3751_GU_RAD].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[3751_GU_RAD].11 Personelle Ausstattung**B-[3751_GU_RAD].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,39	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,39	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	4,91	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,91	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär
			4,91

B-[3751_GU_RAD].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
 1 AQ54 - Radiologie

B-[3751_GU_RAD].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
 1 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
 2 ZF70 - Magnetresonanztomographie

B-[3751_GU_RAD].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,3	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär

B-[3751_GU_RAD].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**B-[3751_GU_RAD].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation****B-[3751_GU_RAD].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[2900-GU_PSY2000] Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie

B-[2900-GU_PSY2000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie

B-[2900-GU_PSY2000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 2900 - Allgemeine Psychiatrie

B-[2900-GU_PSY2000].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarztin Allgemeinpsychiatrie und Suchttherapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne Kruttschnitt
Telefon	03843 342301
Fax	03843 343468
E-Mail	a.kruttschnitt@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gerontopsychiatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Böhmer
Telefon	03843 342189
Fax	03843 343468
E-Mail	s.schroeder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2900-GU_PSY2000].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-[2900-GU_PSY2000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 2 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 3 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 4 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 5 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 6 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 7 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 8 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 9 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 10 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik

B-[2900-GU_PSY2000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	944
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2900-GU_PSY2000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	224
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	108
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	77
4	F20.0	Paranoide Schizophrenie	53
5	F43.2	Anpassungsstörungen	33
6	F05.1	Delir bei Demenz	29
7	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	28
8	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	24
9	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	21
10	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	19
11	F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	17
12	F43.0	Akute Belastungsreaktion	16
13	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	15
14	F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom	11
15	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	11
16	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	10
17	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	10
18	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	9
19	F05.0	Delir ohne Demenz	9
20	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	9
21	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	9
22	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	8
23	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	7
24	F22.0	Wahnhaftige Störung	7
25	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7
26	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	6
27	F45.0	Somatisierungsstörung	6
28	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	6
29	F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	6
30	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	6

B-[2900-GU_PSY2000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	292
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	128
3	F32	Depressive Episode	103
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	57
5	F20	Schizophrenie	55
6	F25	Schizoaffektive Störungen	43
7	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	42
8	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	29
9	F31	Bipolare affektive Störung	25
10	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	19
11	F41	Andere Angststörungen	19
12	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	16
13	G30	Alzheimer-Krankheit	11
14	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	9
15	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	8
16	F45	Somatoforme Störungen	7
17	F40	Phobische Störungen	7
18	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	7
19	F22	Anhaltende wahnhafte Störungen	7
20	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7
21	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	6
22	F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	6
23	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	5
24	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	4
25	F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	4
26	F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	4
27	E51	Thiaminmangel [Vitamin-B1-Mangel]	< 4
28	F01	Vaskuläre Demenz	< 4
29	F42	Zwangsstörung	< 4
30	F48	Andere neurotische Störungen	< 4

B-[2900-GU_PSY2000].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2900-GU_PSY2000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1390
2	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	1389
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	940
4	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	842
5	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	452
6	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	277
7	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	267
8	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	260
9	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	205
10	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	199
11	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	199
12	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	189
13	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	174
14	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	123
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	101
16	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	98
17	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	98
18	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	87
19	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	65
20	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	61
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	58
22	9-640.08	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 Stunden pro Tag	57
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	53

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	53
25	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	51
26	9-640.06	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	34
27	9-640.07	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	34
28	8-630.3	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]: Therapiesitzung	33
29	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	33
30	9-647.u	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 28 Behandlungstage	32

B-[2900-GU_PSY2000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	5578
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	940
3	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	360
4	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	277
5	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	267
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	257
7	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	205
8	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	156
9	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	123
10	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	98
11	3-200	Native Computertomographie des Schädelns	61
12	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	37
13	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	35
14	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	33
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	23
16	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	20
17	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	15
18	9-641	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	15
19	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	12
20	1-206	Neurographie	12
21	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	12
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	9
23	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	7
24	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	6
25	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	6
26	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5
27	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	5
28	1-208	Registrierung evozierten Potentiale	4
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	4
30	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	4

B-[2900-GU_PSY2000].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2900-GU_PSY2000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kruttschnitt
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Böhmer
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[2900-GU PSY2000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VP00 - („Sonstiges“)
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP00 - („Sonstiges“)
3	Chefarztambulanz Dr. Kruttschnitt	VP00 - („Sonstiges“)
4	Chefarztambulanz Dr. Böhmer	VP00 - („Sonstiges“)

B-[2900-GU PSY2000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2900-GU PSY2000].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2900-GU_PSY2000].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2900-GU_PSY2000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2900-GU_PSY2000].11 Personelle Ausstattung

B-[2900-GU_PSY2000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9	Fälle je VK/Person	104,888893
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,29	Fälle je VK/Person	220,046616
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,29

B-[2900-GU_PSY2000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
- 3 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 4 AQ42 - Neurologie

B-[2900-GU_PSY2000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF09 - Geriatrie
- 2 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2900-GU_PSY2000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		40,21	Fälle je VK/Person	23,47675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	40,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	40,21

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,48	Fälle je VK/Person	380,645172
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,48

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	314,666656
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,82	Fälle je VK/Person	1151,21948
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,82

B-[2900-GU_PSY2000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ02 - Diplom
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2900-GU_PSY2000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2900-GU_PSY2000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		4,07	Fälle je VK/Person	472
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,07	Stationär	2

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		3,03	Fälle je VK/Person	575,609741
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,39	Stationär	1,64

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		5,4	Fälle je VK/Person	264,425781
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,83	Stationär	3,57

Unsere Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie sind in allen Fachabteilungen unserer Einrichtung tätig.

Eine Splitting ist daher nicht möglich.

B-[2960_GU_TK_Erwachsene] Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne Kruttschnitt
Telefon	03843 342301
Fax	03843 343468
E-Mail	a.kruttschnitt@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Böhmer
Telefon	03843 342189
Fax	03843 341505
E-Mail	h.boehmer@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].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-[2960_GU_TK_Erwachsene].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
 - 2 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
 - 3 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
 - 4 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
 - 5 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
 - 6 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - 7 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
 - 8 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
 - 9 VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - 10 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
 - 11 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	211

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F43.2	Anpassungsstörungen	75
2	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	24
3	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	18
4	F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	10
5	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	9
6	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	8
7	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	7
8	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6
9	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	6
10	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	6
11	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	5
12	F40.1	Soziale Phobien	4
13	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	4
14	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	< 4
15	F41.1	Generalisierte Angststörung	< 4
16	F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	< 4
		Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	< 4
17	F19.7		

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
18	F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	< 4
19	F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen	< 4
20	F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	< 4
21	F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	< 4
22	F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	< 4
23	F06.2	Organische wahnhaftes [schizophreniforme] Störung	< 4
24	F20.0	Paranoide Schizophrenie	< 4
25	F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	< 4
26	F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	< 4
27	F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung	< 4
28	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	< 4
29	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	< 4
30	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	< 4

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	91
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	37
3	F32	Depressive Episode	25
4	F41	Andere Angststörungen	15
5	F40	Phobische Störungen	11
6	F25	Schizoaffektive Störungen	7
7	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	7
8	F31	Bipolare affektive Störung	4
9	F42	Zwangsstörung	< 4
10	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	< 4
11	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	< 4
12	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4
13	F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	< 4
14	F48	Andere neurotische Störungen	< 4
15	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	< 4
16	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4
17	F30	Manische Episode	< 4
18	F20	Schizophrenie	< 4

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	496
2	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	427
3	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	271
4	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	218
5	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	192
6	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	174
7	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	145
8	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	130
9	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	115
10	9-649.43	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	30
11	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	22
12	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	20
13	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	20
14	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	18
15	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	14
16	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	11
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	11
18	9-649.44	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	9
19	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	7
20	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
21	9-649.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
23	9-649.45	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
24	6-00c.6	Applikation von Medikamenten, Liste 12: Esketamin, nasal	< 4
25	9-645.03	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 1 bis zu 2 Stunden	< 4
26	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
27	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
28	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
29	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
30	9-649.46	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 6 bis 7 Therapieeinheiten pro Woche	< 4

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	2108
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	218
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	20
4	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	< 4
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
7	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kruttschnitt
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Böhmer
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	psychiatrische Institutsambulanz

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	psychiatrische Institutsambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	psychiatrische Institutsambulanz	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
8	psychiatrische Institutsambulanz	VX00 - („Sonstiges“)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11 Personelle Ausstattung

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	0,89	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,89	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0,89	Stationär 0

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
- 3 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt	4,88	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,88	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 4,88

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 2 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3060_GU_TK_Kinder] Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[3060_GU_TK_Kinder].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[3060_GU_TK_Kinder].1.1 Fachabteilungsschlüssel

- # Fachabteilungsschlüssel
- 1 3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

B-[3060_GU_TK_Kinder].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Heiko Fliß
Telefon	03843 342202
Fax	03843 343471
E-Mail	h.fliss@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3060_GU_TK_Kinder].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-[3060_GU_TK_Kinder].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 2 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 3 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 4 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 5 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 6 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 7 VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 8 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 9 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
- 10 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 11 VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

B-[3060_GU_TK_Kinder].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	113

B-[3060_GU_TK_Kinder].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	24
2	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	23
3	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	8
4	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	8
5	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	6
6	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	5
7	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	5
8	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	5
9	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	5
10	F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	4
11	F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	4
12	F43.2	Anpassungsstörungen	< 4
13	F50.1	Atypische Anorexia nervosa	< 4
14	F40.1	Soziale Phobien	< 4
15	F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens	< 4
16	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	< 4
17	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	< 4
18	F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	< 4
19	F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
20	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	< 4
21	F94.0	Elektiver Mutismus	< 4
22	F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	< 4
23	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4

B-[3060_GU_TK_Kinder].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	30
2	F32	Depressive Episode	24
3	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	13
4	F90	Hyperkinetische Störungen	11
5	F41	Andere Angststörungen	8
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8
7	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	6
8	F91	Störungen des Sozialverhaltens	5
9	F50	Essstörungen	< 4
10	F40	Phobische Störungen	< 4
11	F42	Zwangsstörung	< 4
12	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	< 4
13	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4

B-[3060_GU_TK_Kinder].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3060_GU_TK_Kinder].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-696.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	412
2	9-696.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	205
3	9-696.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	159
4	9-696.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	159
5	9-696.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	133
6	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	115
7	9-696.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Keine Therapieeinheit pro Woche	90
8	9-696.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	65
9	9-696.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	53
10	9-696.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	48
11	9-696.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	45
12	9-696.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	32
13	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	32
14	9-696.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	28
15	9-696.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	27
16	9-696.37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche	23
17	9-696.47	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 7 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	23
18	9-696.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	23
19	9-696.4a	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 10 bis 11 Therapieeinheiten pro Woche	20

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	9-696.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	20
21	9-696.46	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 6 bis 7 Therapieeinheiten pro Woche	18
22	9-696.48	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 8 bis 9 Therapieeinheiten pro Woche	14
23	9-696.43	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	14
24	9-696.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	12
25	9-696.3b	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 12 Therapieeinheiten pro Woche	12
26	9-696.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	10
27	9-696.39	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche	9
28	9-696.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	9
29	9-696.38	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche	9
30	9-696.49	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 9 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche	9

B-[3060_GU_TK_Kinder].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	1790
2	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	115
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	32
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	16
5	1-790	Polysomnographie	< 4
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädelns	< 4
7	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädelns mit Kontrastmittel	< 4

B-[3060_GU_TK_Kinder].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3060_GU_TK_Kinder].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz

B-[3060_GU_TK_Kinder].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	Psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	Psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	Psychiatrische Institutsambulanz	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
6	Psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
7	Psychiatrische Institutsambulanz	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
8	Psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
9	Psychiatrische Institutsambulanz	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Psychiatrische Institutsambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
11	Psychiatrische Institutsambulanz	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
12	Psychiatrische Institutsambulanz	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik

B-[3060_GU_TK_Kinder].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3060_GU_TK_Kinder].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3060_GU_TK_Kinder].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3060_GU_TK_Kinder].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3060_GU_TK_Kinder].11 Personelle Ausstattung

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,88	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,88	Stationär	0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		1,88	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,88	Stationär	0

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
- 2 AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		2,59	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,59

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

Gesamt		3,64	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,64

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP13 - Qualitätsmanagement

**B-[3060_GU_TK_Kinder].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	175
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	175

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	22
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	22

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

Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	24
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	24

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	22
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	22

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

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	30
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	30

15/1 - Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Fallzahl	112
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	112

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	535
Dokumentationsrate	99,8
Anzahl Datensätze Standort	534

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	34
----------	----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	35
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	178
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	182
DEK - Pflege: Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	305
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	306
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	231
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	231
HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	228
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	228
HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	168
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	168
KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	159
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159
KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	65
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	65
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	961
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	992

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

58001

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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis

1

Vertrauensbereich bundesweit

0,98 - 1,02

Rechnerisches Ergebnis

0,88

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 2,00

Fallzahl

Grundgesamtheit

133

Beobachtete Ereignisse

4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	58005
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15</p>
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,05 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4. 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen</p>

	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6. 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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

7. 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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

58003

CHE - Entfernung der Gallenblase

QI

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. 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
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,94 - 1,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	102

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. 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	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 0,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	90

10. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautoberflächen, 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

		https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,06	
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06	
Rechnerisches Ergebnis	0,05	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 0,10	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	16	
Beobachtete Ereignisse	8	
11. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankhausaufenthalts 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	
In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.		
Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/		
Fachlicher Hinweis IQTIG		
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,01	
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01	
Rechnerisches Ergebnis	0,00	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	16	
Beobachtete Ereignisse	0	
12. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankhausaufenthalts 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	
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten		

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich bundesweit	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich Krankenhaus	

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	
Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. 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

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

51906

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

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. 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
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das	
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	Anzahl
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 15,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Rechnerisches Ergebnis	21,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,55 - 42,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16. 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	11
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 85,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
17. 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	12,4
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,85 - 71,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
18. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	Anzahl
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
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
19. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,25 - 62,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
20. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen</p>

	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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	81,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	57,92 - 94,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,81 - 11,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	54003
Art des Wertes	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Bezug zum Verfahren	QI DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,86 - 10,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
23. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. BlutgerinnSEL, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation	

zusammenhingen (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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06

Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 1,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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</p>

	entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähtere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,36 - 3,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25. Komplikationen (z. B. BlutgerinnSEL, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (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
	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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähtere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

26. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten

Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54018

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

0,96

Vertrauensbereich bundesweit

0,93 - 1,00

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,34 - 2,74

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 2,42 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

27. 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	<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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 2,14
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. 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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG

	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/1,01
Bundesergebnis	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,40 - 6,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29. 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
30. 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 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 13,39

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

31. 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**

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 0,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32. 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
<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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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

Fachlicher Hinweis IQTIG

	für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
34. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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)	10271
Ergebnis-ID	
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 0,09 - 1,66

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 2,50 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**Ergebnis-ID** 54030

Leistungsbereich HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil

des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen

Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis

außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit

einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

36. 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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

%

7,57

7,37 - 7,78

2,96 - 22,38

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

<= 15,00 %

unverändert

R10

eingeschränkt/nicht vergleichbar

54033

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI

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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

1,01

0,96 - 1,07

0,26 - 7,60

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

<= 2,87 (95, Perzentil)

unverändert

R10

eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	2,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,30 - 3,01
Fallzahl	

Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qz-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	0,97

Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 2,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
40. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
41. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	

Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,12 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	98,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 99,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	79
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
45. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

		werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,85	
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02	
Rechnerisches Ergebnis	0,00	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 28,00	
Fallzahl	24	
Grundgesamtheit	0	
Beobachtete Ereignisse		
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators		
Referenzbereich	Nicht definiert	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
46. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)		
Ergebnis-ID	132001	
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis 0,97

Vertrauensbereich bundesweit 0,90 - 1,05

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 3,00

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 2,72 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 132002

Leistungsbereich HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1,2
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,62 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
48. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	75,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	40,00 - 92,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
50. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 111801

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	6,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,00 - 12,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	9
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
54. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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</p>

Bundesergebnis	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Vertrauensbereich bundesweit	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 1,02
Fallzahl	0,00 - 0,00
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,30 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
55. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten ? Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M;</p>

	Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267
Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	96,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,00 - 97,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	614
Beobachtete Ereignisse	590
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
58. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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</p>

	entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,38 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
59. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	142
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
61. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde	
Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
62. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	52315

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
64. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
65. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	Anzahl
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	0
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
66. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/1,01>

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

0,93 - 1,09

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,79 - 9,14

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 3,10 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

67. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****11724**

Leistungsbereich

KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 0,96

Vertrauensbereich bundesweit 0,86 - 1,07

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,47 - 13,37

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

68. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID 162301

Leistungsbereich KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,29 - 34,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
69. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,29 - 34,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
70. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war	
Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten

	Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
71. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind	
Ergebnis-ID	51859
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	%
Vertrauensbereich bundesweit	3,1
Rechnerisches Ergebnis	2,76 - 3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00
Fallzahl	0,00 - 22,81
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
72. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,26 (95, Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
73. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,90 - 1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
74. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben	
Ergebnis-ID	162304
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83
Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
75. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war	

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
76. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden	
Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist

	aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
77. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
78. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine	

Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,30 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	<= 2,97 (95, Perzentil)
Referenzbereich	

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
80. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt	
Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
81. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)	
Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	96,2
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,85 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85

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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 70,92 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

83. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	52330
Art des Wertes	MC - Operation an der Brust
Bezug zum Verfahren	QI
Fachlicher Hinweis IQTIG	DeQS
Einheit	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür

wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

52279

MC - Operation an der Brust

QI

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

%

98,97

98,86 - 99,08

0,15 - 99,85

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

>= 95,00 %

eingeschränkt/nicht vergleichbar

N01

eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebskrankung hatten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

2163

MC - Operation an der Brust

TKez

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
86. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde	
Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
87. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	51370
Art des Wertes	MC - Operation an der Brust
Bezug zum Verfahren	QI DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 % (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	211800
Art des Wertes	MC - Operation an der Brust
Bezug zum Verfahren	QI DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 98,69 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	212400
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	80,1
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 38,35 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	81,1
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,92 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	60
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	

92. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15	
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 9,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
93. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15	
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	
94. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäß(e) bei akutem Herzinfarkt	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	95,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,30 - 98,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	69
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäß (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	2,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 5,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
96. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkrankgefäß(e) (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkrankgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Bundesergebnis	1,03

Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 2,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
97. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen	
Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die</p>

	Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	91,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,37 - 93,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
98. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten	
Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der</p>

Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	86,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,87 - 88,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
99. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machen	
Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	86,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,64 - 87,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	76,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,33 - 80,30

Fallzahl	78
Grundgesamtheit	0
Beobachtete Ereignisse	

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	97,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,24 - 99,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
102. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	
Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	83,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,01 - 87,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,2
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	77,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,14 - 83,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
104. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen	
Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25

Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	94,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,50 - 98,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
105. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung	
Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5</p>

Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	85,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,41 - 89,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten

Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID

56112

Leistungsbereich PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der

Fachlicher Hinweis IQTIG

	Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	70,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,44 - 77,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
107. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung	
Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde.</p>

Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	55,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	45,40 - 68,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
108. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen	
Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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	

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,70 - 99,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkrankgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkrankgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	85,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,79 - 91,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
110. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde	
Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	96,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,55 - 99,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäß(e) (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,79 - 1,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
112. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,67 - 1,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	22

Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
113. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein	
Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	43,85 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
114. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben	
Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,47 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	148
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
115. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,91 - 1,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	528
Beobachtete Ereignisse	147
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
116. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	18,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,61 - 24,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	34

117. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,79 - 40,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

118. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

119. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Rechnerisches Ergebnis	3,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,72 - 7,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	7

120. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,15
Fallzahl	Datenschutz
Grundgesamtheit	

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
121. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
122. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	70,42

Vertrauensbereich Krankenhaus	58,98 - 79,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	50
123. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	182005_52249
Art des Wertes	PM-GEBH - Geburtshilfe
Bezug zum Verfahren	EKez
Sortierung	DeQS
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	8
	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
124. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	182006_52249
Art des Wertes	PM-GEBH - Geburtshilfe
Bezug zum Verfahren	EKez
Sortierung	DeQS
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	9
	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Rechnerisches Ergebnis	92,31

Vertrauensbereich Krankenhaus	66,69 - 98,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	12
125. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	
Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,24 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
126. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	43,85 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
127. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Rechnerisches Ergebnis	36,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,15 - 58,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	7
128. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten	
Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Anzahl
Bundesergebnis	0,37

Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
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

129. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6

Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	321
Art des Wertes	PM-GEBH - Geburtshilfe
Bezug zum Verfahren	TKez
	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/

Einheit

Bundesergebnis	%
Vertrauensbereich bundesweit	0,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 0,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

130. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6

Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	51397
Art des Wertes	PM-GEBH - Geburtshilfe
Bezug zum Verfahren	TKez
	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/

Fachlicher Hinweis IQTIG

zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

1,13

1,07 - 1,19

0,17 - 5,26

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Datenschutz

131. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6**Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)****Ergebnis-ID****51831**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

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. Mit Hilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 15,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,72 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

132. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Rechnerisches Ergebnis	88,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,50 - 98,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 2,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

134. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,4
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	501
Beobachtete Ereignisse	0

135. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKeZ
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

1,13

Vertrauensbereich bundesweit

1,08 - 1,19

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,18 - 5,87

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

136. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID**

51818_51803

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

KKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 4,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

137. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen

Fachlicher Hinweis IQTIG

zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

138. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

1,24

1,18 - 1,30

0,17 - 5,56

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

181800

PM-GEBH - Geburtshilfe

TKez

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt

Fachlicher Hinweis IQTIG

ideal erweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,40
Fallzahl	

Grundgesamtheit	386
Beobachtete Ereignisse	0

139. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,49
Fallzahl	

Grundgesamtheit	343
Beobachtete Ereignisse	0

140. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0

141. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Anzahl
Bundesergebnis	0,12

Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	0
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
142. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen	
Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Rechnerisches Ergebnis	3,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,01 - 5,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	531
Beobachtete Ereignisse	17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,66 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
143. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung	

für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,76 % (95, Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
144. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p>

	https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 8,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
145. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	222402
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15</p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,09

Vertrauensbereich Krankenhaus	1,86 - 56,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,84 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
146. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,49
Vertrauensbereich bundesweit	3,11 - 3,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
147. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51837
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
148. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	
Leistungsbereich	51076
Art des Wertes	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Bezug zum Verfahren	TKez
	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Bundesergebnis	3,23
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
149. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50050
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?.</p>
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,30

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

150. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger

Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	222200
Art des Wertes	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Bezug zum Verfahren	TKez

DeQS
In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 0,48

Vertrauensbereich bundesweit 0,36 - 0,65

Rechnerisches Ergebnis 0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

151. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID 51838

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	1,96
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
152. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?.</p>

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 45,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
153. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	222400
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.</p> <p>Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,50
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
154. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	222401
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.</p> <p>Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/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</p>

		für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?.
Bundesergebnis	1,05	
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,27	
Rechnerisches Ergebnis	0,00	
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 206,35	
Fallzahl		
Grundgesamtheit	4	
Beobachtete Ereignisse	0	
155. Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)		
Ergebnis-ID	222201	
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2</p>	

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 76,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
156. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	51079
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.</p> <p>Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,18 - 8,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
157. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.</p> <p>Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?.

Bundesergebnis	2,25
Vertrauensbereich bundesweit	2,06 - 2,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

158. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51078
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/

Einheit	%
Bundesergebnis	5,4
Vertrauensbereich bundesweit	4,76 - 6,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

159. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50052

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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

Fachlicher Hinweis IQTIG

zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators ?Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung?.

Bundesergebnis

1,1

Vertrauensbereich bundesweit

0,97 - 1,24

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

160. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende

Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Bundesergebnis	1,26
Vertrauensbereich bundesweit	1,19 - 1,33
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 40,67
Fallzahl	

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
161. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51136_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
162. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51141_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

163. Schwerwiegende Schädigungen des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 40,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

164. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	2,24
Vertrauensbereich bundesweit	2,03 - 2,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
165. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51161_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

0,87

Vertrauensbereich bundesweit

0,71 - 1,06

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

166. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Ergebnis-ID****50060**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

167. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Ergebnis-ID** 50062

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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 häufige Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 31,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
168. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern	
Ergebnis-ID	222000_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
169. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern	
Ergebnis-ID	222001_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062 In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,22

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 56,15

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

170. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID

222002_50062

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

50062

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

1,37

Vertrauensbereich bundesweit

1,25 - 1,50

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 56,15

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

171. Ein Hörtest wurde durchgeführt

Ergebnis-ID

50063

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von

Fachlicher Hinweis IQTIG

	Anpassungen der Rechenregel oder der 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	98,13
Vertrauensbereich bundesweit	98,04 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,25 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	63
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
172. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ? Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und</p>

		konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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		0,96
Vertrauensbereich bundesweit		0,87 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus		0,00 - 35,35
Fallzahl		
Grundgesamtheit	4	
Beobachtete Ereignisse	0	
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators		
Referenzbereich	<= 2,97 (95, Perzentil)	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
173. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)		
Ergebnis-ID	50074	
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
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. Mit Hilfe der	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2. Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: ?Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

Vertrauensbereich bundesweit

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

0,9

0,87 - 0,94

0,08 - 2,31

Datenschutz

Datenschutz

Datenschutz

<= 1,96 (95, Perzentil)

unverändert

R10

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge	114
-----------------	-----

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Erbrachte Menge	31
-----------------	----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
---------------------------------------	----

Prüfung durch Landesverbände	Ja
------------------------------	----

Leistungsmenge im Berichtsjahr	114
--------------------------------	-----

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
--	---

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
---------------------------------------	----

Prüfung durch Landesverbände	Ja
------------------------------	----

Leistungsmenge im Berichtsjahr	31
--------------------------------	----

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
--	---

Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
---------------------------------------	----

Prüfung durch Landesverbände	Ja
------------------------------	----

Leistungsmenge im Berichtsjahr	1
--------------------------------	---

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
--	---

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-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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.

Strukturqualitätsvereinbarungen

- # Vereinbarung
1 CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
CQ07: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt
2 *nach Landeskonzept Mecklenburg-Vorpommern Aufnahme von Neonaten ab 1500 g Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org*

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2.

Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt? Nein

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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	93
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	85
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	59

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Tagschicht	100 %
2	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Nachschicht	100 %
3	Intensivmedizin - Station C2 - Intensivstation - Tagschicht	100 %
4	Intensivmedizin - Station C2 - Intensivstation - Nachschicht	100 %
	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,	100 %
5	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchir - Station C2 - Tagschicht	<i>Umbau der C1 - Intensivstation im November/ Dezember 2024</i>
	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,	100 %
6	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchir - Station C2 - Nachschicht	<i>Umbau der C1 - Intensivstation im November/ Dezember 2024</i>
7	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Nachschicht	100 %
9	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Nachschicht	100 %
11	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Tagschicht	100 %
12	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Nachschicht	37,5 %
13	Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station E2 - Tagschicht	100 %
		<i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
14	Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station E2 - Nachschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
15	Neurologie - Station E3 - Tagschicht	100 %
16	Neurologie - Station E3 - Nachschicht	100 %
17	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Tagschicht	58,33 %
18	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Nachschicht	100 %
19	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Tagschicht	75 %
20	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Nachschicht	0 %
21	Innere Medizin, Kardiologie - Station E4 - Tagschicht	100 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung</i>
22	Innere Medizin, Kardiologie - Station E4 - Nachschicht	25 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung</i>
23	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Tagschicht	100 %
24	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Nachschicht	100 % 100 %
25	Neurologie - Station E5 - Tagschicht	<i>neuer Schwerpunkt ab Dezember 2024</i>
26	Neurologie - Station E5 - Nachschicht	100 % <i>neuer Schwerpunkt ab Dezember 2024</i>
27	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - Station E5 - Tagschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
28	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - Station E5 - Nachschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
29	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Tagschicht	100 %
30	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Nachschicht	91,67 %
31	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Tagschicht	100 %
32	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Nachschicht	62,5 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
33	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7 - Tagschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
34	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7 - Nachschicht	50 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
35	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Tagschicht	100 %
36	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Nachschicht	100 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - Station F9 - Tagschicht	83,33 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
38	Innere Medizin, Kardiologie - Station F9 - Nachschicht	100 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
39	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Tagschicht	100 %
40	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Nachschicht	100 %
41	Innere Medizin, Kardiologie - Station F10 - Tagschicht	100 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
42	Innere Medizin, Kardiologie - Station F10 - Nachschicht	100 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
43	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Tagschicht	100 %
44	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Nachschicht	12,5 %
45	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station F11 - Tagschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
46	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station F11 - Nachschicht	50 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
47	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie - Station F12 - Urologie/ HNO - Tagschicht	100 %
48	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie - Station F12 - Urologie/ HNO - Nachschicht	100 %
49	Allgemeine Chirurgie, Urologie - Station F12 - Tagschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
50	Allgemeine Chirurgie, Urologie - Station F12 - Nachschicht	75 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
51	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Tagschicht	100 %
52	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Nachschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Tagschicht	83,74 %
2	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Nachschicht	74,23 %
3	Intensivmedizin - Station C2 - Intensivstation - Tagschicht	72,5 %
4	Intensivmedizin - Station C2 - Intensivstation - Nachschicht	47,5 %
5	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - Station C2 - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie - Station C2 - Nachschicht	<i>Umbau der C1 - Intensivstation im November/ Dezember 2024</i>
7	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Tagschicht	99,18 %
8	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Nachschicht	84,15 %
9	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Tagschicht	99,43 %
10	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Nachschicht	100 %
11	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Tagschicht	69,2 %
12	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Nachschicht	34,04 %
13	Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station E2 - Tagschicht	92,62 %
14	Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station E2 - Nachschicht	55,74 %
15	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Tagschicht	Umstrukturierung der Stationen im September 2024
16	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Nachschicht	50,55 %
17	Neurologie - Station E3 - Tagschicht	62,3 %
18	Neurologie - Station E3 - Nachschicht	100 %
19	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Tagschicht	100 %
20	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Nachschicht	38,11 %
21	Innere Medizin, Kardiologie - Station E4 - Tagschicht	14,34 %
		61,88 %
		<i>Umbenennung der Stationsbezeichnung</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
22	Innere Medizin, Kardiologie - Station E4 - Nachschicht	19,53 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung</i>
23	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Tagschicht	100 %
24	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Nachschicht	100 %
25	Neurologie - Station E5 - Tagschicht	100 % <i>neuer Schwerpunkt ab Dezember 2024</i>
26	Neurologie - Station E5 - Nachschicht	100 % <i>neuer Schwerpunkt ab Dezember 2024</i>
27	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - Station E5 - Tagschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
28	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - Station E5 - Nachschicht	100 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
29	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Tagschicht	76,9 %
30	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Nachschicht	78,31 %
31	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Tagschicht	84,84 %
32	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Nachschicht	59,84 %
33	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7 - Tagschicht	72,13 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
34	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7 - Nachschicht	40,98 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
35	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Tagschicht	54,48 %
36	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Nachschicht	83,93 %
37	Innere Medizin, Kardiologie - Station F9 - Tagschicht	61,59 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
38	Innere Medizin, Kardiologie - Station F9 - Nachschicht	99,21 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
39	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Tagschicht	56,59 %
40	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Nachschicht	45,05 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
41	Innere Medizin, Kardiologie - Station F10 - Tagschicht	70,11 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
42	Innere Medizin, Kardiologie - Station F10 - Nachschicht	72,83 % <i>Umbenennung der Stationsbezeichnung zu Juli 2024</i>
43	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Tagschicht	76,23 %
44	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Nachschicht	16,39 %
45	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station F11 - Tagschicht	86,89 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
46	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station F11 - Nachschicht	22,4 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
47	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie - Station F12 - Urologie/ HNO - Tagschicht	77,78 %
48	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie - Station F12 - Urologie/ HNO - Nachschicht	95,49 %
49	Allgemeine Chirurgie, Urologie - Station F12 - Tagschicht	75,41 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
50	Allgemeine Chirurgie, Urologie - Station F12 - Nachschicht	74,59 % <i>Umstrukturierung der Stationen im September 2024</i>
51	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Tagschicht	98,36 %
52	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Nachschicht	100 %

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 Anhaltszahlen zur Personalbemessung.
 - Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei 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 %.

Eingereichte Daten je Quartal und Einrichtungstyp

	Quartal Meldung zur Vollständigkeit	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Q1	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Q2	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Q3	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Q4	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden

Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung in der Erwachsenenpsychiatrie [PPP-RL-2024.xml](#)

Quartal	Regionale Pflichtversorgung	Geschlossene Bereiche	24-Stunden-Präsenzdienst
Q1	besteht	ja	ja
Q2	besteht	ja	ja
Q3	besteht	ja	ja
Q4	besteht	ja	ja

Regionale Pflichtversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Regionale Pflichtversorgung	Geschlossene Bereiche	24-Stunden-Präsenzdienst
Q1	besteht nicht	nein	nein
Q2	besteht nicht	nein	nein
Q3	besteht nicht	nein	nein
Q4	besteht nicht	nein	nein

Stationsdaten

Stationsdaten in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	F5 Psychiatrie	14	4	E = elektive offene Station	

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q1	F7 Psychiatrie	20	1	E = elektive offene Station	
Q1	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q1	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q1	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q2	F5 Psychiatrie	14	0	E = elektive offene Station	
Q2	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q2	F7 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q2	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q2	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q2	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q3	F5 Psychiatrie	14	0	E = elektive offene Station	
Q3	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q3	F7 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q3	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q3	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q3	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q4	F5 Psychiatrie	14	0	E = elektive offene Station	
Q4	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q4	F7 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q4	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q4	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q4	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	

Stationsdaten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q2	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q3	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q4	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	

Behandlungsumfang

Behandlungsumfang in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1334
Q1	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	239
Q1	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	905
Q1	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1352
Q1	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	230
Q1	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	330
Q1	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	786
Q1	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	12
Q2	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1860
Q2	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	146
Q2	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	792
Q2	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1301
Q2	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	157
Q2	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	495
Q2	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	782
Q2	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	16
Q3	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1618
Q3	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	193
Q3	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	793
Q3	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1357
Q3	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	146
Q3	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	510
Q3	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	796
Q3	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	24
Q4	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1657
Q4	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	337
Q4	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	671
Q4	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	169
Q4	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1325
Q4	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	130
Q4	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	319
Q4	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	789
Q4	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	9

Behandlungsumfang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1238
Q2	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1083
Q3	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1235
Q4	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1137

Erfüllung der Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene

Quartal	Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt / Umsetzungsgrad	
	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Q1	ja / 153,4 %	nein / 114,85 %
Q2	nein / 142,5 %	nein / 112,3 %
Q3	ja / 133,3 %	nein / 108,5 %
Q4	ja / 126,8 %	nein / 107,5 %

Umsetzungsgrade der Berufsgruppen

Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2825	ja	2407	117,39 %
Q1	Pflegefachpersonen	19119	ja	11589	164,98 %
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1656	ja	934	177,25 %
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1813	ja	1674	108,28 %
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	717	ja	387	185,21 %
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1526	ja	1037	147,15 %
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2147	nein	2573	83,43 %
Q2	Pflegefachpersonen	19314	ja	11971	161,34 %
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1352	ja	991	136,43 %
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1755	ja	1805	97,21 %
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	964	ja	413	233,31 %
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1353	ja	1113	121,56 %
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2877	ja	2520	114,15 %
Q3	Pflegefachpersonen	15805	ja	11853	133,34 %
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1743	ja	984	177,15 %

	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Mind	Umsetzungsgrad
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	2179	ja	1771	123,03 %
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	906	ja	406	223,2 %
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1327	ja	1094	121,25 %
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2358	ja	2575	91,58 %
Q4	Pflegefachpersonen	15536	ja	12040	129,03 %
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1729	ja	936	184,75 %
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	2118	ja	1673	126,57 %
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	634	ja	410	154,71 %
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1336	ja	1060	125,99 %

Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	902	ja	962	93,75 %
Q1	Pflegefachpersonen und Erziehungsberufe	2377	nein	2967	80,09 %
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten)	1288	ja	728	176,93 %
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	526	nein	598	87,94 %
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	350	ja	246	142,35 %
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1473	ja	520	283,21 %
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	643	nein	841	76,49 %
Q2	Pflegefachpersonen und Erziehungsberufe	2369	ja	2596	91,26 %

	Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Umsetzungsgrad Mind
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten)	999	ja	636	156,95 %
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	486	ja	523	92,85 %
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	269	ja	214	125,43 %
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1150	ja	455	252,92 %
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	711	nein	960	74,03 %
Q3	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	3350	ja	2961	113,15 %
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten)	980	ja	726	134,87 %
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	519	nein	597	86,95 %
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	343	ja	245	140,08 %
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	616	ja	518	118,76 %
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	718	nein	884	81,29 %
Q4	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	2462	ja	2725	90,35 %
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten)	1262	ja	669	188,78 %
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	612	ja	549	111,4 %
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	355	ja	225	157,59 %
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	537	ja	478	112,42 %

Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Ausnahmetatbestand 1	Ausnahmetatbestand 2	Ausnahmetatbestand 3	Ausnahmetatbestand 4
Q1	nein	nein	nein	nein
Q2	nein	nein	nein	nein
Q3	nein	nein	nein	nein
Q4	nein	nein	nein	nein

Ausnahmetatbestände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Ausnahmetatbestand 1	Ausnahmetatbestand 2	Ausnahmetatbestand 3	Ausnahmetatbestand 4
Q1	nein	nein	nein	nein
Q2	nein	nein	nein	nein
Q3	nein	nein	nein	nein
Q4	nein	nein	nein	nein

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